

MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

booksmedicos.org

J. DE AJURIAGUERRA

CUARTA EDICIÓN

 **MASSON**

MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

por

J. DE AJURIAGUERRA

Professeur à la Faculté de Médecine de Genève

Prefacio, versión castellana y notas del doctor

ALFREDO REGO

*Director del Centro Neuropsiquiátrico de
Martorell (Barcelona)*

Revisión y adaptación de la tercera edición
castellana del doctor

AURELIO LÓPEZ-ZEA

*Psiquiatra. Departamento de Terapéutica Conductista
de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet*

CUARTA EDICIÓN

MASSON, S.A. 

Barcelona - Madrid - París - Milano - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas - Lima
Lisboa - México - Montevideo - Río de Janeiro - San Juan de Puerto Rico - Santiago de Chile

MASSON, S.A.
Ronda General Mitre, 149 - 08022 Barcelona

MASSON, S.A.
120, Bd. Saint-Germain - 75280 Paris Cedex 06

MASSON S.P.A.
Via F.lli Bressan, 2 - 20126 Milano

FAHCE Biblioteca Central
Nro. Inv. 36233
Sig. Top. 216.89-053.2 DE 4 q-5
Fecha de Aca. 11.7.95

PREFACIO A LA TERCERA EDICIÓN CASTELLANA

Estas palabras quieren ser una resumida presentación de la Tercera Edición de la obra del profesor De Ajuriaguerra, notablemente revisada y modificada por el autor que prácticamente, más que una tercera edición, constituye en sí un libro nuevo que la Editorial Toray-Masson se esfuerza en ofrecer rápidamente al público de habla hispana con el cuidado y suficiencia que le hacen merecedora de nuestra gratitud.

La historia de este libro, en líneas generales, es la historia de la evolución de los conocimientos del autor. Por ello, ningún experto en la especialidad puede adentrarse en la lectura del libro sin percatarse de que el título no le hace justicia; no se trata simplemente de un Manual de Psiquiatría Infantil sino que es historia viva de una investigación diaria, infatigable y siempre nueva, no sólo del autor, sino de todos los que como él tienen la responsabilidad de transmitir sus conocimientos. De Ajuriaguerra prefiere utilizar el término "comunicar" porque es más vinculante, más dialogante: implica una relación mutua entre el que habla y el que escucha, entre el que escribe y el que lee.

Al profesor De Ajuriaguerra le cabe el honor de ser el primero que, en forma original, aborda la problemática biológica psicológica y social del niño dentro de una visión totalitaria cuyo método es, por sí mismo, un planteamiento de estudio y una solución práctica de ese eclecticismo conformista hacia el que fácilmente tiende la psiquiatría. Este planteamiento ha sido posible gracias a las experiencias del autor y a la sabiduría con que ha resuelto la discusión científica, solapada a veces y abierta en ocasiones, que han mantenido en el transcurso de los últimos años la neurología y la psiquiatría. A nosotros no nos cabe ninguna duda de que el comportamiento del individuo desde su nacimiento depende de un determinado modo de ser en razón de las relaciones que se establecen y que, la enfermedad, desde la óptica de las alteraciones de la forma y de la función biológica, se constituye a su vez en base determinante de una relación social patológica determinada.

Es cierto que cualquier lesión o alteración funcional del cuerpo, y en particular del sistema nervioso central, supone una grave limitación de las posibilidades de un desarrollo normal, pero no es menos cierto que el individuo por una parte y la sociedad por otra, establecen una relación de dependencia a través de la cual, el

Primera edición	1973
Segunda edición	1975
Tercera edición	1976
Cuarta edición	1977
Reimpresiones	1979, 1980, 1983, 1990, 1991, 1993, 1996

Reservados todos los derechos.
No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

Título original de la obra: MANUEL DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT

© MASSON, S.A., París
© para la edición española: Masson, S.A., Barcelona

ISBN 84-458-0556-8

Depósito Legal: B. 41.893 - 1996

Impresión: Liberdúplex, S.L. - Constitució, 19 - Barcelona (1996)

Printed in Spain

uno vive y utiliza las limitaciones en función de lo que cree que el otro siente, desea y espera de él.

La lesión biológica puede darse, que duda cabe, pero ha de ser vivida como un accidente más de la existencia y no como una forma de ser en razón de las necesidades socioafectivas y conveniencias de los demás. Se dirá que hay lesiones invalidantes que recortan notablemente las proyecciones intelectuales del ser humano y que, por lo mismo, el niño o el hombre únicamente pueden aspirar a que se atiendan sus necesidades vitales. Esto es cierto, pero sólo a medias: Es verdad desde la perspectiva de la biología mecánica, pero es falso en cuanto a lo que ello presupone, pues la estructura para mantener una función no es la misma que se precisa para adquirirla. La dimensión biológica se manifiesta por un orden espaciotemporal y unos rendimientos útiles a la totalidad orgánica, pero no puede ser considerada en su totalidad si se ignora o no se quiere aceptar el contexto relacional. El niño cerebralmente limitado se siente, de alguna manera, "en relación" y mediante este sentimiento de relación, se conoce y reconoce íntimamente.

Su conducta expresa la interiorización de una confrontación con la realidad externa que en principio es una imitación directa, pero que luego adquiere significado de interpretación. El niño actúa según siente a través de las necesidades de los otros y por lo que ha sido aceptado de él. El núcleo se halla, a mi modo de ver, en la forma de interpretar lo que ha sido comunicado y podría desglosarse en dos aspectos: la actitud afectiva de los demás, a través de la cual se establece la comunicación y su contenido semántico. La contradicción es fácil de darse y una relación "doble vinculante" se puede desarrollar, creando un nexo patológico entre el individuo y la sociedad: la enfermedad. Ni uno ni otro podrá realmente identificarse con lo que siente ser y cree ser, por cuanto que la relación establecida exige de uno y de otro que actúen como si "realmente" estuvieran satisfechas sus necesidades.

La importancia que tiene el contexto relacional ha motivado en el autor, no sólo la necesidad de revisar la dimensión social de la vida en el niño, sino también la de preocuparse por enseñarnos que un análisis de los procesos de interacción desarrollados en el seno de la familia, en el de la escuela y en el de la sociedad, nos permite comprender que la enfermedad, al margen de su importante condicionamiento biológico, es un proceso que encuentra su sentido en el contexto de las relaciones.

También la parte del libro dedicada al desarrollo, ha sido escrita de nuevo. El maestro de Ginebra nos ha enseñado que el niño, a partir de los primeros conjuntos reflejos, crea relaciones cada vez más variadas y complejas y que construye los instrumentos precisos para conocer la realidad exterior. Aprendió a dirigir sus actos y a establecer la relación entre causa y efecto, forma una organización mental más compleja a la que se adecuan sus estructuras nerviosas. De asimilación en asimilación, según las investigaciones del autor, el niño configura una relación dinámica entre el cuerpo y el objeto. A partir de esta etapa esencial, las posibilidades del niño aumentan considerablemente pues al poder interiorizar sus experiencias y reconstruir la realidad externa con imágenes y representaciones, el niño desarrolla su lenguaje oral y motor, instrumento que le permitirá en lo sucesivo dar al símbolo el valor de lo real. El símbolo va a representar siempre cierta realidad, realidad que le pertenece sólo a él, nacida de la propia naturaleza del niño o de la vida social. Las motivaciones inconscientes intervienen permanentemente en la asimilación y utilización de lo adquirido con arreglo a unas leyes cuya formulación es objeto de la psicología profunda y que, De Ajuriaguerra engarza con la psicología genética observando y constatando unos hechos en la vida del niño. Así adquieren, en la segunda parte del libro, una importancia trascendental las hipótesis explicativas de los trastornos de las funciones vitales.

En los capítulos donde se expone, en forma amplia y discutida, la clínica de los síndromes mayores, se plantean algunos problemas de importancia evidentísima. Las enfermedades no son estudiadas como simples entidades, sino como disfunciones de procesos organizativos determinados o como organizaciones patológicas dentro del proceso evolutivo. De Ajuriaguerra viene a decirnos en síntesis que la enfermedad constituye, en sí, una forma patológica de adaptación relacional (no adaptación) a las exigencias propias y ajenas y que, un comportamiento determinado no puede ser considerado patológico si no es relación con un sistema de motivaciones y un nivel de evolución. Así, un cuadro clínico condicionado por un déficit de la mecánica del funcionamiento no puede disociarse de la dinámica del proceso de maduración, de la organización de la personalidad y de la alteración de funciones conjuntas. El estudio de los síndromes, incluso orgánicos, en base de la evolución y organización de la personalidad, obliga a un enfoque terapéutico pluridimensional y como dice el autor, "socialmente válido". El tratamiento del niño psíquicamente enfermo no debe ser jamás una acción individual, sino un conjunto de acciones dirigidas a un ambiente, donde el niño existe y se vincula con la enfermedad. Ha de tenerse en cuenta lo que tantas veces ha escrito el profesor De Ajuriaguerra: primero, que una misma causa puede actuar de manera diferente, según el momento de la evolución funcional; segundo, que la acción de una desorganización dada es variable según el estado del funcionamiento global; y tercero, que la supresión de la causa no modifica necesariamente el cuadro clínico, elaborando la personalidad nuevas formas patológicas de adaptación. Por tanto, nuestra acción terapéutica debe tener presente no sólo la dinámica de la enfermedad, sino también, la dinámica del niño en evolución y siempre en relación con el medio que le ha sido dado.

Dos palabras más sobre la importancia del libro: todo Manual es ya importante de por sí. Comunicar unos conocimientos es enseñar, pero el profesor De Ajuriaguerra, aparte de los conocimientos concretos que nos transmite, nos da su perspectiva distinta de la psiquiatría. Se trata de un nuevo modo de ver la patología psíquica nacido, como siempre, de la realidad clínica. Discrimina entre lo que constituye lo fundamental, y aquello que tiene un valor aleatorio. La riquísima aportación bibliográfica constituye otra cualidad sobresaliente. El autor, en el breve espacio de cuatro años, ha comprendido la necesidad de revisar, modificar y ampliar el texto en casi su totalidad, porque los últimos años han sido testigos de la adquisición de conocimientos científicos importantes para la psiquiatría, aportados por investigadores que incluyen especialidades diferentes, y que los rápidos progresos en cada campo de especialización impiden ser conocidos con la prontitud deseada. El Manual de Psiquiatría Infantil cumple, también, satisfactoriamente esta necesidad.

Alfredo REGO

Director del Centro Neuropsiquiátrico
de Martorell (Barcelona)

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA

Cuando se termina la redacción de un libro, se queda uno tranquilo y a la vez insatisfecho. Tranquilo, porque se ha trazado una huella que permite descansar e insatisfecho porque se sabe que no se ha abordado todo y que ninguna de las distintas vías escogidas ha sido profundizada completamente.

Una nueva edición pone fin al descanso y se espera hacerlo mejor la segunda vez. Esta ha sido nuestra meta pero a pesar de todo, hemos quedado insatisfechos. Sin embargo, este trabajo nos ha permitido profundizar, a nosotros mismos, y esperamos que también al lector, en puntos de vista en constante discusión.

A pesar del esfuerzo realizado, nos hallamos todavía, afortunadamente, ante nuevos interrogantes; éste es el tributo que hay que pagar por el conocimiento y la renovación de nuestra experiencia.

Las revisiones realizadas para la segunda edición de este tratado hacen referencia en la primera parte a las nuevas aportaciones en el conocimiento del desarrollo del niño y las nociones teóricas derivadas de ellas; los capítulos dedicados han sido escritos de nuevo.

En la segunda parte se ha reconsiderado el conjunto de las grandes funciones (sueño, esfera oroalimenticia, psicomotricidad, lenguaje, esquema corporal, sexualidad y agresividad) habiendo sido completados los capítulos correspondientes.

En la tercera parte, ha sido modificada la exposición de los grandes síndromes en proporción a la evolución de los conocimientos. Los capítulos "Retraso mental" y "Trastornos psíquicos por afecciones cerebrales conocidas" han sido refundidos. El subcapítulo "Epilepsias" ha sido rehecho. Los capítulos sobre "La organización neurótica", "La depresión y la exaltación" han sido actualizados. El capítulo "Psicosis del niño" ha sido totalmente modificado en función del interés que dicho problema despierta.

El conjunto del texto relativo a "El niño en el marco social" que forma la cuarta parte del libro ha sido modificado, y especialmente los capítulos:

"El niño y la familia", "El niño y la escuela". En el capítulo "El niño, el adolescente y la sociedad" cabe señalar la revisión de la noción de "norma" en el adolescente y la puesta al día del problema planteado por las toxicomanías. El capítulo

"Los niños víctimas de agresiones" ha sido actualizado en función de la importante literatura reciente sobre el tema.

Se nos ha reprochado que no hayamos abordado los métodos de exploración y de tratamiento; muy a pesar nuestro nos hemos visto obligados a ello en razón al volumen ya considerable de este tratado.

* * *

Es para nosotros un placer expresar nuestra gratitud para quienes nos han ayudado en la exposición de algunos apartados relativos a su especialidad: X. Seron, R. Soulayrol, H. Solms y P. Vengos.

Renuevo mi gratitud a:

Jeanne Abensur, cuyo sentido analítico e inquebrantable constancia han sido irremplazables.

A mi esposa, cuya colaboración y ayuda constante me han permitido emprender y llevar a su término esta segunda edición.

PRÓLOGO DEL AUTOR A LA PRIMERA EDICIÓN

Este Manual de Psiquiatría Infantil que presentamos es el resultado de un Curso dirigido, en los últimos años, tanto a los estudiantes de medicina como a nuestros colaboradores de la Cátedra de Psiquiatría del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra. Hemos intentado exponer, con la intención de que se reflexione, determinadas aportaciones de esta rama de la medicina, ciencia joven en continua evolución. No hay nada peor que dar por definitivos sin más los conocimientos que se nos presentan como un material a menudo heterogéneo y que el clínico utilizará con más o menos criterio, teniendo como finalidad comprender mejor para poder actuar con eficacia.

Estábamos ya empeñados en la elaboración de la exposición general, cuando nos dimos cuenta de la amplitud y ambición del proyecto; sin embargo, después de muchas dudas hemos querido llevarlo a término, dándonos cuenta de su carácter incompleto. Pero esperamos que el lector encontrará en él algunos de los pilares en que se fundamenta la evolución actual de la Psiquiatría, los cuales tomarán más sentido en función de la experiencia de cada uno.

Dictar un curso implica una cierta ordenación con la finalidad de su transmisión, pero también una cierta confrontación con las diversas formas de pensamiento a fin de abrir un camino de investigación, sin que llegué a ser en ningún momento una ordenación estéril, esperando que por la vía de la imaginación el lector encontrará nuevas soluciones y métodos. Los conocimientos biológicos al servicio del hombre han hecho progresos asombrosos, pero el conocimiento de la evolución del niño está, sin embargo, todavía lleno de incógnitas. Conscientes de nuestras limitaciones y de nuestras incertidumbres, hemos intentado evitar las afirmaciones demasiado rígidas en este campo afortunadamente siempre en movimiento.

Lo que nos importaba en este curso era "mostrar", dándonos cuenta de que ser maestro es difícil y de que lo que se aporta es siempre insatisfactorio. Así, hemos tomado conciencia al mismo tiempo de la dificultad de transmisión del saber y del enriquecimiento que produce la labor que impone. De hecho, nuestra finalidad ha sido evocar.

Querér abarcar demasiado es siempre peligroso pero no siempre inútil, ya que esto nos torna más humildes. Para satisfacer la voracidad actual hubiera sido necesi-

ria una capacidad de asimilación y de síntesis que no poseemos, pero ofreciendo lo que podemos y analizando lo que nos falta, esperamos que el lector buscará en otros lugares o en sí mismo conocimientos más profundos y más originales.

Lo que aquí se aporta es, con mucho, lo que otros han dicho, tal como lo han escrito o como lo he entendido o transformado, ya que, como dice Montaigne: "Si tomamos las opiniones de Jenofonte o de Platón en nuestro propio discurso, ya no son las suyas sino las nuestras, y, por ello, somos responsables de ellas por nuestro juicio más o menos justo."

Hemos escogido para este estudio un plano evolutivo; el punto de vista genético nos parece válido, aunque reconocemos que son posibles otras metodologías. El desarrollo dado a cada tema no corresponde necesariamente al lugar que ocupa en la clínica corriente; la importancia relativa que se le ha otorgado depende unas veces de que su exposición nos abre más fácilmente una discusión general, y otras de que nos permite valorar ciertas nociones confusas o ampliar, quizá más de lo necesario, algunos temas pendientes de elaboración.

*
* *

Un curso es un diálogo o la búsqueda de un diálogo entre el que enseña y sus interlocutores. Es así como, mediante la comunicación mutua explícita o implícita, un curso toma forma tanto por lo que ofrece como por las exigencias que provoca. Es en París, con mi equipo del Hôpital Henri-Rousselle, y en Ginebra, con el Servicio Médico-Pedagógico, en donde la comunicación se ha tornado enseñanza que pronto se ha extendido a mis colaboradores de la Cátedra de Psiquiatría y a los estudiantes de medicina y de psicología. A ellos va dedicado este libro.

Por otra parte, tengo una deuda de reconocimiento con todos los que me han ayudado más directamente: con J.-J. Burgermeister, Catherine Fot, Nadine Galifret-Granjon, B. Garrone, A. Haynal; M. Krassoievitch, M. Quinodoz, J.-D. Stucki, Alina Szeminska, R. Tissot, A. Volokhine; con Raymonde Biolley, quien, incansablemente, ha descifrado mis textos con buen humor.

Con Jeanne Abensur, cuya agudeza crítica y ayuda perseverante me fueron indispensables.

Con mi mujer, que, por su trabajo activo en la colaboración de este volumen, ha sido mi verdadera colaboradora; sin su apoyo no hubiera podido llevarse a cabo.

ÍNDICE DE MATERIAS

Prefacio a la tercera edición castellana	V
Introducción a la segunda edición francesa	IX
Prólogo de autor a la primera edición	XI

PRIMERA PARTE

PROBLEMAS GENERALES

Capítulo primero.— <i>Historia y fuentes de la psiquiatría infantil</i>	3
<i>Reseña histórica</i>	3
Precursores (pedagogos y educadores) (3).	
Primeras colaboraciones medicopedagógicas (3). El siglo XX (4).	
<i>Dimensión pluridimensional de la psiquiatría del niño</i>	5
<i>Observación psicobiológica</i>	8
<i>Métodos de estudio del desarrollo infantil</i>	11
<i>Métodos asistenciales</i>	12
Capítulo II.— <i>El desarrollo infantil según la psicología genética</i>	21
<i>Estadios del desarrollo, según J. Piaget</i>	24
El primer período (24). Período preoperatorio (25). Período de las operaciones concretas (26). Período de las operaciones formales: la adolescencia (28).	
<i>Estadios del desarrollo, según H. Wallon</i>	29
<i>El desarrollo mental desde el punto de vista del psicoanálisis</i>	32
Algunas nociones psicoanalíticas	33
<i>El inconsciente</i> (33).	
<i>Los impulsos instintivos y el instinto</i> (34).	
<i>Las tres instancias o sistemas de la personalidad</i> (35).	
<i>La evolución funcional</i> (37).	
<i>Los estadios de la evolución libidinal</i> (39).	
Las aportaciones del psicoanálisis al conocimiento de la primera etapa del desarrollo del niño	41
El desarrollo prenatal (41). Cambios neonatales (42). La estructuración mental durante el primer año (42).	
Distintas aproximaciones teóricas sobre la estructuración mental precoz	42
<i>El desarrollo mental, según R. Spitz</i> (43).	

<i>La estructura mental precoz, según Melanie Klein y su escuela (45).</i>	
<i>Posición particular de D. W. Winnicott al psicoanálisis del niño (50).</i>	
<i>Una nueva forma de reflexión en el marco de la doctrina psicoanalítica: J. Bowlby (52).</i>	
<i>Complejidad y desigualdad del desarrollo, según Anna Freud (54).</i>	
Comparación entre tres cuerpos de doctrina	55
 Capítulo III.— <i>Vida social y desarrollo del niño y del adolescente</i>	63
<i>Ontogénesis de la socialización</i>	66
<i>Socialización y primeros contactos</i>	71
Experiencia de la mirada (71). La sonrisa (72). Del gesto a la comunicación (73). La función del juego (73).	
<i>Personalidad y socialización</i>	75
<i>La adolescencia</i>	79
 Capítulo IV.— <i>Problemas generales del desarrollo</i>	89
<i>Bases morfofuncionales del desarrollo</i>	89
Estudios citológicos (90).	
Estudios mielínicos (91).	
Estudios bioquímicos (91).	
Estudios electrogenéticos (92).	
Estudios hormonales (94).	
<i>Dinámica de la organización funcional</i>	95
Lo innato y lo adquirido	95
Maduración y entorno	99
<i>Problemas madurativos (99).</i>	
<i>Aportaciones del entorno (101).</i>	
El problema del aprendizaje	108
Modelos de comportamiento	112
Tipología y condicionamiento (112). Modelos originados en la primera fase del desarrollo por el mecanismo de la relación madre-hijo (113). Diversidad de la individualización (115). Modelos ampliados (116).	
<i>Consideraciones sobre la organización funcional</i>	117
 Capítulo V.— <i>Problemas generales de la desorganización psicobiológica del niño</i>	135
<i>Lo normal y lo patológico</i>	136
Problemas de carácter general	136
Lo normal y lo patológico en el niño	138
<i>Aspectos y formas de la desorganización</i>	142
Los llamados trastornos lesionales	144
La noción de inmadurez	146
Las llamadas desorganizaciones funcionales	148
<i>El futuro de las desorganizaciones</i>	151

SEGUNDA PARTE

LAS FUNCIONES Y SUS PERTURBACIONES

Capítulo VI.— <i>El sueño y sus perturbaciones</i>	157
<i>El sueño en el niño</i>	158
Ontogénesis del sueño en el niño (158). El sueño en el marco general del desarrollo infantil (158).	
<i>El sueño y la imaginación en el niño</i>	161
<i>El sueño (161).</i>	
<i>La imaginación en el niño (164).</i>	
<i>El insomnio y la somnolencia</i>	166
<i>Comportamientos en el presueño, en el sueño y automatismos hipnóticos</i>	168
<i>Comportamientos particulares o patológicos del sueño o durante el sueño</i>	169
 Capítulo VII.— <i>La esfera oroalimenticia (su organización y alteraciones)</i>	177
<i>Bases anatomofisiológicas</i>	177
<i>Organización funcional</i>	178
<i>Necesidades e impulsos elementales (182).</i>	
<i>El carácter oral y la vida de relación (182).</i>	
<i>Los hábitos orales (184).</i>	
<i>Alteraciones oroalimenticias</i>	185
<i>Anorexia mental</i>	185
<i>Anorexia del recién nacido (185).</i>	
<i>Anorexia de la segunda infancia (186).</i>	
<i>Anorexia mental esencial de las adolescentes (186). Cuadro clínico (186). Diagnóstico diferencial (188). Etiopatogenia (189). Aspectos psicodinámicos (190).</i>	
<i>La anoréxica y su familia (193).</i>	
<i>La anorexia mental masculina (195).</i>	
<i>Evolución y tratamiento de la anorexia (196).</i>	
Problemas producidos por la obesidad	199
La polidipsia	203
Aberraciones en la comida	205
 Capítulo VIII.— <i>La organización psicomotriz y sus perturbaciones</i>	211
<i>Evolución de la motricidad</i>	211
<i>Tipos psicomotores</i>	215
<i>Trastornos psicomotores</i>	217
Perturbaciones tonicoemocionales precoces	217
Hábitos y descargas motrices en la evolución	217
Psicodinámica de los hábitos motores persistentes (218). Ritmias motoras (219).	
Formas especiales de hábitos motores (219). Patogenia de las descargas y hábitos motores (223).	

Los tics	225
Localización y formas de los tics (226). La personalidad del niño con tics (227). Etiología de los tics (228). Patogenia de los tics (228). Tratamiento y evolución (230).	
Debilidad motriz	233
Inestabilidad psicomotriz o síndrome hiperkinético	239
Inestabilidad psicomotriz (239). Síndrome hiperkinético (241). El inestable y su entorno (245). Tratamiento (246).	
<i>Trastornos de la realización motora</i>	246
Trastornos de la eficiencia motriz en la desorganización praxica	246
Aspectos clínicos de las apraxias infantiles	248
Psicopatología de las dispraxias infantiles	250
La escritura y sus alteraciones	252
 Capítulo IX.— <i>La organización del control de esfínteres y sus trastornos</i>	263
<i>El control esfinteriano</i>	263
Bases anatomofisiológicas de la mecánica esfinteriana	263
La micción (263). La defecación (264).	
Desarrollo de la organización nerviosa del control esfinteriano y condicionamiento	264
Etapas (264).	
Control esfinteriano y contexto social (265).	
Función de los esfínteres en el marco de la formación de la personalidad (267).	
<i>Alteraciones del control esfinteriano</i>	269
Enuresis infantil	269
Estudio clínico (269).	
Diagnóstico diferencial (271).	
Etiopatogenia de la enuresis (272). Alteraciones de la mecánica de la micción (273). Falta de organización o desorganización de la praxis de la utilización del control de la micción (275). Personalidad del niño enurético (276). El papel de los padres en la génesis de la enuresis (276). Valor del síntoma (276).	
La enuresis en el marco de la evolución del sistema de la micción y de su realización funcional (277).	
Tratamiento de la enuresis (279).	
Encopresis	280
Estudio clínico (281). El síntoma (281). Su frecuencia (281). Afecciones que van unidas a la encopresis (282).	
Formas clínicas (282).	
Personalidad del niño encoprético (283).	
Función del aprendizaje y del medio (284).	
Etiopatogenia (285).	
Evolución (286).	
Tratamiento (286).	

Capítulo X.— <i>Organización y desorganización del lenguaje infantil</i>	291
<i>Problemas generales</i>	291
<i>Organización del lenguaje infantil</i>	295
Adquisición del lenguaje	296
Periodo prelingüístico (296).	
Periodo lingüístico (297).	
Aprendizaje de la lectura (300).	
Lenguaje e inteligencia	301
Lenguaje, alteridad y afectividad	303
<i>Trastornos del lenguaje infantil</i>	310
Trastornos de etiología conocida (especialmente sensoriales y motores)	310
Trastornos de la articulación (310).	
Trastornos del lenguaje por deficiencia de audición (310).	
Trastornos del lenguaje por lesiones cerebrales evidentes (311).	
Trastornos de etiología diversa y mal definida	312
El retraso de la palabra (312).	
Retraso de la evolución del lenguaje (313).	
Dificultades en el aprendizaje de la lengua escrita (315). Incidencias, prevalencias e instrumentos de medida (315). Factores etiológicos (316). Patogenia (319). La dislexia, las dislexias o el trastorno del aprendizaje en la lengua escrita (321). La disortografía (322).	
La tartamudez (322). Problemas generales (322). Factores etiológicos (324). Patogenia (327). Evolución y tratamiento (370).	
Trastornos del lenguaje en niños psicóticos (327).	
El mutismo en el niño (330).	
 Capítulo XI.— <i>Evolución y trastornos del conocimiento corporal y de la conciencia de sí mismo</i>	341
<i>Problemas generales</i>	341
Problemática doctrinal general (342).	
Problemática planteada por la psicología genética (343).	
El cuerpo y sus experiencias	345
Diferentes planteamientos de los diversos problemas en relación con el cuerpo	348
Psicopatología	352
Trastornos motivados por mala organización del conocimiento corporal (352).	
Alteraciones de la conciencia y vivencias corporales (353).	
 Capítulo XII.— <i>Evolución de la sexualidad y alteraciones psicosexuales en el niño</i>	361
<i>Evolución de la sexualidad</i>	361
<i>Organización morfofuncional</i>	361
Cómo se determina el sexo (362). Diferenciación del sexo (362). Factores hormonales y nerviosos (363).	
Problemas psicosociales	364
Noción de bisexualidad (364).	
Evolución de la orientación y de la identidad sexual (366).	

Evolución de los intereses sexuales y de las manipulaciones sexuales	369
<i>Evolución de los intereses sexuales</i> (369).	
<i>Evolución de las manipulaciones sexuales</i> (371).	
<i>Alteraciones psicosexuales en el niño</i>	375
Modificaciones sexuales organofuncionales y trastornos psicológicos	375
<i>Pubertad precoz</i> (375). <i>Patogenia</i> (375). <i>Alteraciones psicológicas de la pubertad precoz</i> (376).	
<i>El infantilismo sexual</i> (378).	
<i>Anomalías congénitas del desarrollo sexual</i> (379).	
Desviaciones de la orientación sexual	387
<i>Voyeurismo y exhibicionismo</i> (389).	
<i>Fetichismo</i> (389).	
<i>Transvestismo</i> (391).	
<i>Transsexualismo</i> (392).	
<i>Homosexualidad</i> (394).	
<i>Sadismo y masoquismo</i> (398).	
<i>Zoofilia y sodomía</i> (399).	
<i>Otros tipos de erotización</i> (400).	
Capítulo XIII.— <i>Psicopatología de las pulsiones agresivas</i>	409
<i>Problemas generales planteados por la agresividad</i>	410
Datos etológicos (410). Datos fisiológicos (411). Discusión de los datos aportados por la fisiología y la etiología (414).	
<i>Agresividad y conducta agresiva en el niño</i>	416
Heteroagresividad	420
<i>Evolución</i> (420).	
<i>Protopulsiones heteroagresivas y comportamientos agresivos</i> (422).	
Autoagresividad	429
<i>Automutilaciones evolutivas</i> (429).	
<i>Autoagresividad persistente o de aparición tardía</i> (429).	
<i>El suicidio en el niño y en el adolescente</i> (433). <i>Problemas generales</i> (433).	
<i>Etiología</i> (434). <i>Patogenia</i> (437). <i>Tratamiento</i> (441).	
<i>Propensión del niño a los accidentes</i> (442).	

TERCERA PARTE

LOS GRANDES SÍNDROMES

Capítulo XIV.— <i>Desarrollo neuropsicológico de los niños prematuros y posmaduros</i>	451
<i>Los niños prematuros</i>	451
Inicio del desarrollo neurológico y psicomotor (452). Evolución general del niño prematuro (452). <i>Patogenia</i> (455).	
<i>Los niños posmaduros</i>	457

Capítulo XV.— <i>Problemas planteados por la carencia de afectos y de aferencias sociales y sensoriales</i>	461
<i>Historia</i>	462
La experimentación animal (463). Estudios sobre los "niños salvajes" (464).	
<i>Examen de los estudios realizados</i>	465
Observaciones directas de desaferencias precoces (465). Estudios retrospectivos (467). Estudios catamnésicos (467).	
<i>Problemas psicopatológicos</i>	469
<i>Organización psicológica del niño afecto de una desaferenciación sensorial</i>	474
Psicología del niño ciego (474). Psicología del niño sordo (476).	
Capítulo XVI.— <i>Trastornos psíquicos por afecciones cerebrales conocidas</i>	481
<i>Afecciones cerebrales congénitas y posnatales precoces</i>	481
Malformaciones encefálicas, craneanas y craneofaciales	481
Displasias neuroectodérmicas congénitas (las facomatosis).	485
Neurofibromatosis de Recklinghausen (485).	
Esclerosis tuberosa de Bourneville (486).	
Neuroangiomatosis (486).	
Aberraciones cromosómicas	487
<i>Aberraciones autosómicas</i> (488). <i>Aberraciones numéricas</i> (489). <i>Aberraciones estructurales</i> (491).	
<i>Aberraciones de los cromosomas sexuales</i> (493).	
Oligofrenias dismetabólicas	493
<i>Trastornos del metabolismo de las proteínas</i> (494). <i>Aminoacidopatías</i> (494).	
<i>Hiperuricemia familiar con encefalopatía</i> (495).	
<i>Trastornos del metabolismo de los lípidos</i> (500).	
<i>Trastornos del metabolismo de los glúcidos</i> (504).	
Otros tipos de trastornos endocrinos y metabólicos	505
<i>Trastornos del metabolismo hidrosalino</i> (505). <i>Hipernatremias</i> (505). <i>Hiponatremias</i> (506).	
<i>Trastornos del metabolismo del calcio</i> (507). <i>Hipocalcemia</i> (507). <i>Hipercalcemias</i> (508).	
<i>Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono</i> (509). <i>Hipoglucemias</i> (509). <i>Diabetes mellitus</i> (509).	
<i>Hipotiroidismos</i> (510).	
<i>Problemas de la malnutrición</i> (511).	
<i>Afecciones "in utero" perinatales y posnatales precoces</i>	513
<i>Factores "in utero"</i> (513). <i>Enfermedades infecciosas</i> (513). <i>Factores tóxicos</i> (516). <i>Irradiaciones (embriopatía actínica)</i> (517). <i>Otros factores</i> (517).	
<i>Factores perinatales</i> (518).	
<i>Factores posnatales precoces</i> (519).	
<i>Lesiones cerebrales adquiridas durante la primera y segunda infancia</i>	521
Trastornos mentales debidos a encefalitis	522
<i>Meningitis víricas y meningoencefalitis agudas</i> (522).	
<i>Meningoencefalitis subagudas y crónicas</i> (523).	
<i>Encefalitis primitiva</i> (524). <i>Encefalitis plurifocales</i> (524). <i>Encefalitis difusas</i> (525).	

<i>Encefalitis posinfecciosa</i> (527). Complicaciones neurológicas de las enfermedades eruptivas (527). Complicaciones neurológicas de las enfermedades no eruptivas (529). Acrodinia (531).	
Enfermedades desmielinizantes en el niño	531
<i>Encefalitis periaxial de Schilder</i> (532). <i>Leucodistrofias o esclerosis difusas genéticas</i> (532).	
Trastornos mentales debidos a dislipidosis	534
Trastornos mentales debidos a otras enfermedades hereditarias y/o metabólicas	535
Trastornos mentales debidos a tumores cerebrales	537
Trastornos mentales debidos a intoxicaciones	538
Trastornos mentales postraumáticos	539
<i>Epilepsia infantil</i>	541
Estudio clínico	542
<i>Diferentes tipos de crisis</i> (542). <i>Crisis generalizadas</i> (542). <i>Crisis parciales</i> (544). <i>Estado de mal</i> (544).	
<i>Convulsiones y epilepsias infantiles</i> (544). <i>Convulsiones neonatales</i> (544). <i>Convulsiones del lactante</i> (545). <i>Convulsiones del niño</i> (545).	
<i>Tipos de epilepsia infantil</i> (545). <i>Epilepsias generalizadas primarias</i> (546). <i>Epilepsias generalizadas secundarias</i> (547). <i>Epilepsias parciales o focales</i> (549).	
<i>Diagnóstico diferencial</i> (550).	
<i>Cuadro psicopatológico</i> (552). Intento de aproximación psicológica o psicopatológica del fenómeno crítico (552). Datos psicoanalíticos (554). Prueba de determinación de los factores psicológicos del desencadenamiento de las crisis o de las descargas eléctricas (554). Estudio psicopatológico intercrítico (555). Parámetros de la personalidad epiléptica (557).	
Capítulo XVII.— <i>Las oligofrenias</i>	573
<i>Concepto de oligofrenia</i>	573
<i>Clasificación</i> (575).	
<i>Frecuencia de la oligofrenia</i> (576).	
<i>Aspectos clínicos de las oligofrenias</i>	579
<i>Oligofrenias graves</i>	583
<i>Oligofrenia profunda</i> (583).	
<i>Oligofrenia grave o moderada</i> (584).	
<i>Debilidad mental u oligofrenia ligera</i>	586
<i>Trastornos intelectuales</i> (586).	
<i>Organización de la afectividad y de la relación</i> (588).	
<i>Etiopatogenia de las oligofrenias</i>	590
<i>Oligofrenia debida a lesiones cerebrales conocidas</i> (591). <i>Problema de la herencia</i> (592). <i>Oligofrenia y factores socioculturales</i> (593). <i>Oligofrenia y organización afectiva</i> (594).	
<i>El oligofrénico en la sociedad y la sociedad en relación al oligofrénico</i>	598
<i>Asistencia terapéutica, educacional y profesional. Prevención</i>	600
Capítulo XVIII.— <i>Las organizaciones neuróticas en el niño</i>	607
<i>Problemas generales</i>	607
<i>La ansiedad en el niño</i>	616

<i>Ontogénesis de la angustia</i> (616).	
<i>Manifestaciones de la angustia en el niño</i> (619).	
<i>Patogenia</i> (622).	
<i>Fobias en el niño</i>	624
Aspectos clínicos de las fobias	625
<i>Diversidad del objeto fóbico</i> (625).	
<i>Cronología en la aparición de las fobias</i> (627).	
<i>Comportamiento del niño fóbico</i> (628).	
<i>Mecanismos de la organización fóbica</i> (629).	
Evolución y tratamiento	631
<i>Las obsesiones</i>	633
<i>Semiología obsesivocompulsiva</i> (634).	
<i>Patogenia</i> (637).	
<i>Evolución de las obsesiones infantiles</i> (639).	
<i>Terapéutica</i> (641).	
<i>La histeria en el niño</i>	641
Generalidades	641
Estudio clínico	643
<i>Frecuencia. Edad. Sexo</i> (643).	
<i>Herencia y factores socioculturales</i> (643).	
<i>Factores desencadenantes</i> (644).	
Formas clínicas	645
<i>Manifestaciones somáticas duraderas</i> (645).	
<i>Accidentes episódicos</i> (646).	
Etiopatogenia	647
<i>Terreno neurofisiológico</i> (647).	
<i>Personalidad y medio familiar</i> (647).	
<i>Fondo y mecanismo de las manifestaciones histéricas</i> (649).	
<i>Problemas que implica la elección del síntoma</i> (651).	
Evolución y tratamiento	652
Capítulo XIX.— <i>Problemas particulares planteados por la depresión y la exaltación en el niño</i>	659
<i>La depresión en el niño</i>	659
<i>Los estados depresivos en el lactante</i> (660).	
<i>Las depresiones de la infancia y de la adolescencia</i> (661).	
<i>La exaltación</i>	665
<i>Psicosis maniaco-depresiva</i>	666
<i>Tratamiento</i>	669
Capítulo XX.— <i>Las psicosis infantiles</i>	673
<i>Historia y clasificación</i>	673
Estudio clínico	677
<i>Trastornos psicóticos precoces</i> (677). <i>Autismo precoz de Kanner</i> (677). <i>Autismo precoz en el sentido amplio del término</i> (682).	
<i>Trastornos psicóticos que aparecen en la edad escolar</i> (685). <i>Cuadro clínico</i> (687).	
<i>Variedades clínicas</i> (773).	

<i>Estados prepsicóticos</i> (695).	
<i>Factores etiopatogénicos</i>	696
<i>Patogenia del autismo infantil precoz</i> (703). Factores desorganizadores del cerebro en el niño (703). Trastornos de las aferencias (704). Teorías psicodinámicas (708). Noción de patogenia de los padres (711).	
<i>Patogenia de las psicosis propias de la edad escolar</i> (712).	
<i>Tratamiento de las psicosis infantiles</i>	713
<i>Evolución de las psicosis infantiles</i>	716
<i>Unidad y pluralidad de las psicosis infantiles</i>	720
Capítulo XXI.— <i>Enfermedades psicosomáticas</i>	733
<i>Generalidades</i>	733
<i>Cuadros psicosomáticos en el niño</i>	736
Alteraciones de la función respiratoria. Asma infantil	737
Factores desencadenantes o determinantes de la crisis (738). El niño asmático (738). Los padres del niño asmático (738). Efectos de los cambios de medio (740). Tratamiento del asma (741).	
Trastornos psicosomáticos del aparato digestivo	742
Cólicos idiopáticos del primer trimestre (742). Dolores abdominales (744). Vómito (744). Úlcera péptica en el niño (476). Colitis ulcerosa (747).	
Trastornos cardiovasculares	749
Trastornos endocrinos	750
Enfermedades dermatológicas	751
Cefaleas y migrañas	752
Cefaleas (752). Migrañas (753).	
Psicosomática y oftalmología	754
<i>Problemas teóricos planteados por las enfermedades psicosomáticas del niño</i>	755
Capítulo XXII.— <i>El niño y la familia</i>	769
<i>El grupo padres-niños</i>	772
Discusión de la noción de padres patógenos (772).	
Evolución de la familia nuclear. Otras clases de familia (780).	
<i>Relaciones fraternales</i>	783
El vínculo fraterno y la estructura de la comunidad fraternal (783).	
Gemelos (786).	
Ausencia de relaciones fraternas (hijo único) (787).	
<i>Ausencia o perturbaciones del grupo familiar</i>	789
Ausencia del grupo familiar natural. El hijo ilegítimo	789
Grupo familiar natural desunido	794
El niño huérfano (794). El hijo del divorcio (888). El hijo de padres enfermos (800). El niño de hogares inestables (802).	
<i>Problema del emplazamiento familiar del niño</i>	803
<i>Problemas planteados por la adopción</i>	805
Los adoptantes (806). El niño adoptado (807).	
<i>Psicoterapias familiares</i>	810

Capítulo XXIII.— <i>El niño y la escuela</i>	817
<i>El niño, la escuela, el profesor y los padres</i>	817
<i>⑦ Dificultades escolares del niño</i>	821
<i>La fobia escolar</i> (821).	
<i>Problema psicopatológico planteado por el fracaso escolar</i> (824).	
<i>El retraso escolar</i> (828).	
<i>La escuela en tela de juicio</i>	828
<i>Problemas psicopsicológicos planteados por los niños "superdotados"</i>	833
<i>Características generales</i> (834).	
<i>Fracaso, éxito, desarrollo</i> (836).	
<i>Orientación de los niños superdotados</i> (839).	
Capítulo XXIV.— <i>El niño, la enfermedad y la limitación física</i>	845
<i>Generalidades</i>	845
<i>El niño visto por el médico</i> (845).	
<i>Problemas planteados por la hospitalización</i> (847).	
<i>Psicosociología del niño físicamente enfermo y del minusválido</i>	847
<i>El niño y el ambiente durante la enfermedad</i>	848
Problemas generales (848). Enfermedades graves (849). Problemas particulares (852)	
<i>Las limitaciones físicas</i>	854
<i>Los minusválidos "en estado de enfermedad"</i> 854.	
El niño diabético (854). El niño hemofílico (856).	
<i>Los minusválidos "afectos de secuelas"</i> (858). Trastornos del desarrollo físico y deformaciones corporales (858). Los niños afectos de limitación motriz (859).	
<i>La noción de minusvalía y la personalidad del inválido</i>	861
<i>Higiene mental del niño minusválido</i>	864
Capítulo XXV.— <i>El niño, el adolescente y la sociedad</i>	869
<i>Introducción</i>	869
<i>El mundo de los adolescentes</i> (869).	
<i>Sociedad y adolescente</i> (873).	
<i>Las personalidades inhabituales</i>	877
<i>Problemas planteados por la noción de niño o de adolescente psicópata</i>	880
Delimitación de la noción general de "psicópata" en clínica psiquiátrica	880
El niño o el adolescente psicópata	883
<i>Etiopatogenia</i> (885).	
<i>Problemas terapéuticos</i> (888).	
<i>El niño y el adolescente antisociales</i>	891
<i>Las perturbaciones del comportamiento y del carácter en el cuadro de la infancia inadaptada</i>	892
<i>La delincuencia juvenil en el marco social y familiar</i>	898
Consideraciones generales sobre la génesis de la delincuencia juvenil	900

Factores constitucionales y somáticos (900). Factores sociológicos (901). El ambiente familiar (903).	
Las personalidades delictivas	904
<i>El problema de la actuación</i> (906).	
Los tipos de actividades delictivas	907
<i>Atentado a la propiedad. El robo</i> (907).	
<i>Los delitos de violencia</i> (911).	
<i>Delitos sexuales</i> (911). La prostitución (912).	
<i>Otros tipos de actividades delictivas</i> (914). Fuga y vagabundeo (914).	
Las toxicomanías y la personalidad del toxicómano (917). Los pirómanos (926).	
Las bandas de adolescentes	927
Las agrupaciones (928). Las pandillas asociales (929). Características generales de las pandillas (929). Psicología del grupo y de las personas que lo integran (930).	
Tratamiento de los delincuentes	932
 Capítulo XXVI.— <i>Los niños víctimas de agresión en el grupo social y familiar</i>	941
El niño maltratado	942
El infanticidio	945
Los atentados sexuales contra los niños	948
<i>La pedofilia</i> (948).	
<i>El incesto</i> (951).	
El rapto de los niños	955
 Índice alfabético	961

PRIMERA PARTE

PROBLEMAS GENERALES

CAPÍTULO PRIMERO

HISTORIA Y FUENTES DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL

I. RESEÑA HISTÓRICA

1.º Precursores (pedagogos y educadores)

La psiquiatría infantil, considerada como ciencia médica, es muy reciente pero cuenta con un paso rico en experiencias pedagógicas y educativas que se remonta hasta Ponce de León, monje benedictino que allá por el siglo XVI dio los primeros pasos en la educación de sordomudos. Durante el siglo XIX estos conocimientos se enriquecieron con notables aportaciones de ilustres personalidades como Itard, Pereire, Pestalozzi y Seguin.

Pereire inició la educación de los sentidos sustituyendo la palabra por la vista y el tacto. Pestalozzi fundó en Yverdon (Suiza) un centro de educación pedagógica donde aplicó el procedimiento intuitivo y natural, frente a la educación abstracta y dogmática imperante en su tiempo. Seguin fundó en Francia la primera escuela de reeducación; publicó un libro sobre tratamiento moral de los idiotas y de los niños abandonados, y en donde exponía su método educativo.

Como hombres de acción que eran, dichos educadores fueron eminentemente prácticos. No obstante, aportaron métodos cuyo significado teórico todavía es válido en nuestros días.

2.º Primeras colaboraciones medicopedagógicas

Los precursores, procedan o no del campo de la medicina, son sobre todo reeducadores de deficiencias sensoriales y del retraso mental. Como subraya G. Heuyer, la colaboración de Seguin, educador, con el psiquiatra Esquirol viene a constituir el primer equipo medicopedagógico. Habrá que esperar a finales del siglo XIX para que Bourneville funde un auténtico centro medicopedagógico reservado exclusivamente para retrasados mentales.

Al mismo tiempo, en Ginebra, hacia 1898, Claparède introduce por vez primera en la enseñanza pública clases para la formación de niños retrasados: son las denominadas clases especiales. En colaboración con el neurólogo François Naville inicia, entre 1904 y 1908, la primera consulta medicopedagógica destinada a establecer criterios de admisión y para seleccionar las clases especiales. En estrecha asociación, Alfred Binet y Théodore Simon publican en Francia, en 1905, la primera escala de desarrollo intelectual. A partir de entonces, la neuropsiquiatría infantil entra en un constante desarrollo.

3.º El siglo XX

Según Elen Key, el siglo XX es el siglo del niño. L. Kanner considera así las primeras cuatro décadas:

La primera se caracteriza por la divulgación de los trabajos psicométricos de A. Binet. Simultáneamente, con S. Freud aparecen las tendencias dinámicas en psiquiatría, y Beers destaca el valor de la higiene mental. Los juristas siguen estas orientaciones y crean tribunales especiales de menores.

La segunda década ve abrirse los primeros centros de reeducación para delinquentes infantiles. Surgen hogares para niños que se hallan en grave peligro moral y, al mismo tiempo, aumentan las escuelas especializadas en enseñanza individualizada.

En la tercera década se fundan los primeros centros de orientación infantil dirigidos por médicos, psicólogos y asistentes sociales que trabajan en equipo. Al mismo tiempo, los educadores no piensan ya tanto en un simple retraso intelectual cuanto en los cambios de conducta infantil, y en unión con psicólogos y psiquiatras tratan de definir métodos educativos apropiados. Por estas fechas se organizan las primeras agrupaciones de padres de alumnos. De los repetidos contactos entre familias de alumnos y educadores nace una mejor comprensión de las dificultades del niño en el marco familiar y escolar.

En la cuarta década se establecen y generalizan los métodos psicoterápicos, especialmente la terapéutica basada en la interpretación de los juegos según la doctrina freudiana.

Podemos resumir esquemáticamente, con L. Kanner: en los primeros años del presente siglo se hizo hincapié en los problemas del niño y especialmente en los de su instrucción; en la segunda década se crearon organismos de tipo comunitario; en la tercera, la acción se concentró en el marco familiar y escolar, y en la cuarta década se trabajó directamente con el niño.

La psiquiatría infantil halla sus propios métodos y se desgaja como especialidad propiamente dicha tanto de la *psiquiatría del adulto como de la pediatría*, aunque conservando estrechas relaciones con ambas ramas de la Medicina. En 1937 se celebra en París el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil. En algunos países se fundan asociaciones nacionales de psiquiatría infantil, y todas ellas quedan encuadradas dentro de una federación europea. En Francia, gracias a la incansable actividad desplegada por el profesor G. Heuyer, la Educación Nacional y la Facultad de Medicina reconocen las particularidades de la paidopsiquiatría y se crea en la capital de Francia una cátedra exclusivamente para el estudio de esta especialidad.

El psicoanálisis de los niños se ha extendido considerablemente en la mayoría de los países occidentales, a excepción de la Unión Soviética. Es de señalar el considerable material aportado por los psicoanálisis precoces, la creación de auténticas escuelas psicoanalíticas (Anna Freud, Mélanie Klein, D. W. Winnicott, etc.), los estudios

directos del desarrollo, a partir del punto de vista psicoanalítico (S. K. Escalona, R. A. Spitz, etc.) así como los estudios de inspiración etológica o los pluridimensionales en la segunda mitad del siglo XX.

Las terapéuticas se matizan y se diversifican con el desarrollo de la reeducación y de la psicoterapia de inspiración pedagógica o psicoanalítica: tratamientos logopédicos, relajación, psicodrama analítico.

Señalemos asimismo una difusión, durante estos últimos años, de las terapias basadas en las teorías del aprendizaje.

En otro terreno totalmente distinto, el aumento de los conocimientos bioquímicos y cromosómicos ha tenido una gran importancia para los métodos de exploración y los tratamientos en psiquiatría infantil. También en terapia medicamentosa se han realizado importantes progresos.

En numerosos países se ha planteado el problema de saber si la psiquiatría del niño debía relacionarse más con la psiquiatría del adulto o con la pediatría. Si es imprescindible, sin duda, conocer bien al niño, también es un absurdo abordar la paidopsiquiatría sin un conocimiento profundo de los problemas de los adultos, teniendo en cuenta la orientación actual de la psiquiatría hacia el tratamiento de la familia en conjunto o de uno de sus miembros, sea adulto o niño.

Nuevos problemas han aparecido en la sociedad: la difusión considerable de las drogas entre los jóvenes, la excesiva manifestación de la sexualidad y de la agresividad. El desarrollo de las investigaciones epidemiológicas y socioculturales en psiquiatría permiten confiar en la posibilidad de llegar a prevenirlos.

II. — DIMENSIÓN PLURIDIMENSIONAL DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO

La psiquiatría infantil se consideró como una ciencia menor en tanto permaneció oscurecida por la psiquiatría del adulto, mientras tuvo un método adultomorfo y mientras se consideró al niño como un hombre en miniatura, cuando en realidad el adulto es el fruto del futuro del niño que se halla en formación. Aun existiendo con plenos poderes, permanece íntimamente ligada a la psiquiatría general, pues difícilmente se concibe a una persona adulta sin conocer la dinámica de su evolución; como decía ya Aristóteles en su *Política*: "Ve mejor las cosas quien las ha visto crecer desde el primer momento." Por lo demás, resulta difícil conocer la psicología o patología del niño, e incluso aplicarle una terapéutica determinada, si el psiquiatra desconoce el ambiente plagado de conflictos en que vive el niño, la sociedad en que se desarrolla y los problemas psicológicos de los padres, que pueden contribuir tanto a su formación como a su deformación.

Constituye una característica fundamental de la paidopsiquiatría el ser una psicopatología genética que se ocupa del desarrollo y de sus perturbaciones, y que, por conocer la génesis de las diversas funciones y su evolución en el tiempo, valora las posibilidades del niño en cada etapa de su evolución, y tiende a comprender las diversas fases cronológicas en función de las relaciones organismo-medio.

La psiquiatría infantil ha hecho suyas las tendencias evolutivas de la Medicina, tendencias según las cuales el niño enfermo se define en función de la lesión anatómica formulada según un determinado sistema de alteraciones, cuya consecuencia natural son los síntomas; pero tan pronto pierde importancia la alteración anatómica

ante los síntomas considerados como hechos dentro de una historia individual y relacionados con una determinada biografía, como sale a colación un agente patógeno y se piensa que el enfermo ha sido víctima de una agresión que explica la existencia de la enfermedad, dando más importancia al agente agresor que a la víctima de su acción. Admitiendo cualquiera de ambas posturas, según los casos, hoy tiene menos interés la lesión o el síntoma que el proceso energético de la enfermedad y su desarrollo.

En la psiquiatría infantil se entrecruzan diversas disciplinas: pediatría, psiquiatría general, neurología, psicología, etología, pedagogía y sociología, formas de conocimiento con las que se confronta, se identifica o se diferencia valiéndose de los progresos de una ciencia concreta o de todas ellas.

Igual que la psiquiatría clásica, la paidopsiquiatría se ha visto influida por la neurología. Esta no tardó en adquirir el carácter y la reputación de una ciencia exacta, lo que movió a los psiquiatras a tratar de acomodar el proceso psiquiátrico al modo de pensar neurológico. En el caso de la neurología es sabido que históricamente se han manifestado dos tendencias: una localizadora, que ve el funcionamiento de la psique como un mosaico de funciones, como un compendio de la actividad de órganos independientes; y otra, biofuncional, según la cual no son localizables las funciones, aun cuando pueda relacionarse un síntoma con alguna lesión localizada: el síntoma sería un producto arbitrario del modo de concebir las cosas.

También la psiquiatría general ha evolucionado entre dos tendencias contradictorias: la de la organogénesis y la de la psicogénesis. Para los "organicistas", todo mecanismo mental se reduce a la actividad de sistemas neurológicos existentes y, prescindiendo de esta mecánica, nada puede quedar elucidado; la integración de las funciones se explica por la madurez y actividad sucesiva de aparatos anatomofisiológicos, y los disfuncionamientos por desorganizaciones generales o focales. Investiga una etiología basada en factores hereditarios, o en factores adquiridos, tóxicos, infecciosos, metabólicos, etc. Por su parte, los "psicogenetistas" dan poca importancia a los procesos cerebrales y tan sólo se interesan por los mecanismos psicogenéticos que guardan relación fundamentalmente con el estudio de los problemas conflictivos mediante la comprensión histórica de la personalidad o de la individual vivencia existencial. Habitualmente no les interesan las aportaciones de la psicofisiología, cuando no la rechazan de plano. La psiquiatría siempre osciló entre dos tendencias: la que admite que la perturbación mental consiste en el mal funcionamiento de una mecánica, y la que tan sólo admite alteraciones "vivas" o "presentes", desligadas de todo lo orgánico. Muchas veces, a una mitología cerebral se ha opuesto una mitología animista, carente de bases biológicas.

➔ Si bien es verdad que el ser humano no es una cosa y que un atlas anatómico y un hombre no son lo mismo, no es menos verdad que a fuerza de negar lo que está predeterminado y organizado en el soma, se nos suele mostrar un ser descarnado, un hombre sin consistencia. Todo parece estar por encima del hombre y no en el hombre, mecánico y creador a un tiempo.

Sólo considerando al ser humano como un todo funcional en relación con su medio ambiente podemos llegar a una auténtica neurobiología. Contando con las realidades anatomoclínicas, vemos al hombre en su desarrollo evolucionar en el terreno de la relación formativa que se da juntamente con la realización funcional.

La evolución del niño nos hace ver y nos permite superar dichas contradicciones. Si a lo largo de este estudio comprobamos que el niño es "anhistórico" en sus actos sucesivos y realizaciones funcionales que se van descubriendo progresivamente, ya que todos ellos aparecen como fenómenos nuevos, no quiere esto decir que pueda

separarse el desarrollo de la historia, pues a fin de cuentas se basa en esquemas históricamente fundados. Es imposible comprender la organización aislando el sujeto del objeto, subordinando uno al otro o no teniendo en cuenta, como dice J. Piaget, el proceso bipolar de composición del sujeto y del objeto, que va unido al desarrollo de la acción y es anterior al mismo ser humano. Sólo es comprensible en relación con los niveles madurativos, perceptible en una relación particular.

La psiquiatría infantil deberá estudiar las "formas" de organización en el tiempo y en el espacio racionales. Se hace indispensable el estudio evolutivo de las funciones; no hay que considerar al ser humano como un ser de una sola pieza, sino —en su funcionamiento— como un ser que se realiza progresivamente al compás de sus propias realizaciones funcionales. En esta concepción, cabe lo vivido y lo imaginario sin que las vivencias adquieran un sentido mítico ni lo imaginario un sentido descarnado. Actualmente parece evidente que puede perturbarse la mecánica funcional en su misma formación, o desorganizarse durante el desarrollo por causas exógenas o endógenas (las actuales investigaciones acerca de las modificaciones bioquímicas enzimáticas nos muestran su importancia teórico-práctica). Por otra parte, es imposible comprender a un niño basándonos únicamente en lo que sucede en sus aparatos funcionales ya que se forma mediante la comunicación, mediante las relaciones que establece con el mundo exterior, y con el enfrentamiento entre sus actividades instintivas y el medio entorno; el niño se abre a la experiencia y se va construyendo sobre la base de sus propias contradicciones.

La psicología clásica atomista de las funciones del espíritu no contribuyó a hacer más comprensible al niño. Los antiguos estudios sobre la voluntad considerada como facultad aislada nos parecen lejanos. Nos sentimos más cerca del niño cuando estudiamos sus motivaciones, variables con la edad. En psicología no hay entidades particulares, sino maneras de actuar y reaccionar ante situaciones determinadas según leyes generales o particulares relacionadas con la historia del niño. La psicología infantil se enriquece con una psicología genética, que tiene en cuenta las posibilidades del niño en cada etapa de su evolución, con una psicología operativa que trata de conocer las diversas etapas del niño en su evolución y sucesión, sin perder de vista las relaciones organismo-medio.

No hay que considerar al niño como un ser aislado fuera del medio en que se desarrolla, lejos de sus padres y de la sociedad en que se halla inmerso; equivocadamente, algunos autores consideran que el niño es fruto directo y casi una copia del ambiente, sujeto pasivo e imitativo sin energía propia alguna, puro satélite del mundo circundante. A este respecto, son fundamentales las investigaciones antropológicas y sociológicas para el conocimiento humano, pues nos permiten comprender buen número de modelos con que el hombre se desarrolla; desde los tiempos primitivos hasta la época de las más especializadas relaciones interpersonales, nada se produce en sentido único. Aun a pesar de todos los influjos que le puedan sobrevenir del exterior, el hombre es portador de su propio destino.

La pedagogía nos proporciona las bases de una perfecta aprehensión de lo real y de lo social, así como de conocimientos que nos permiten valernos en el mundo, pero también puede convertirse en algo mecánico y estéril. La tradición clásica nos ha venido suministrando una escuela que nos enseñaba unos conocimientos, pero no nos enseñaba a saber lo que producía un aprendizaje condicionado. Ciertos métodos, como los de enseñanza natural o educación activa, nos permiten superar tales deficiencias y desarrollar el sentir y el saber en mayor medida que el conocimiento arbitrario y parcial, pero dichos métodos a menudo se encuentran en franca oposición con las exigencias de la sociedad de nuestros días. La pedagogía será científica a

partir del momento en que tenga en cuenta las posibilidades del niño en sus sucesivas "fases", de su capacidad de aprendizaje y de sus necesidades sociales. De hecho, en algunos momentos de su historia, la sociedad ha manifestado unas exigencias concretas para eliminar aquellas necesidades no empleando todo el potencial del niño y cerrando el paso al empleo de todas sus posibilidades. Tenemos la absoluta seguridad de que unas asociaciones pedagógicas, perfectamente conocedoras tanto de las técnicas de enseñanza y de las doctrinas psicológicas del desarrollo del niño como de los problemas psicopatológicos que nos plantea mientras dura su desarrollo, bastarían para evitar, por sí solas, una buena proporción de casos que requieren reeducación o psicoterapia.

Aunque complejas, las aproximaciones comparativas entre el desarrollo infantil y los datos etológicos son interesantes (E. C. Grant, M. W. Fox, J. Bowlby, A. Ambrose, etc.). Supervalorada por unos, criticada en exceso por otros, la moderna etología nos muestra modelos de desarrollo de gran importancia para comprender la evolución de ese ser tan inmaduro que es el hombre al nacer. Como declara A. Ambrose, en vez de restar méritos a la contribución capital de las diferentes teorías, estas aportaciones no sólo permiten clarificar sus bases biológicas, sino incluso llenar el vacío existente entre ellas. Aunque dicha aproximación no tenga un sentido unívoco, permite distinguir, según este autor, una gama infinita de modos de pensamiento y de investigación que se nos plantean en todo momento; los estudios etológicos abordan problemas con los que nos podemos encontrar en cualquier momento: dicotomía entre instinto y aprendizaje, factores de edad y estudios ontogénicos, distinción entre causalidad y función en la comprensión de la conducta, descripción de ésta en su entorno ambiental, el importantísimo significado de la interacción social, multiplicidad de los modos de actuar de los factores ambientales, componentes de la conducta compleja, etc. Por otra parte, estos estudios nos permiten profundizar en lo que significa el instinto en el hombre, la comunicación instintiva, la conducta y el desplazamiento del conflicto, las formas cómo se establecen los lazos recién nacido-madre, las fases de fijaciones objetales y los periodos críticos, la importancia de los estímulos en el animal y en el niño, etc. No hemos de confundir la etología y el desarrollo humano, aunque J. Bowlby piense que no existe una oposición entre la etología y la teoría del aprendizaje, entre los conceptos generales operacionales de J. Piaget y determinadas respuestas del psicoanálisis.

III. — OBSERVACIÓN PSICOBIOLOGICA

El niño, inmaduro como es, posee unos mecanismos innatos y unos componentes instintivos (cuya característica es una constante con valor de generalidad) comparables a unos modelos etológicos y que evolucionan del automatismo hacia lo voluntario. Desde muy temprana edad se distinguen algunos de estos tipos de actividad como aspectos diferenciales de la conducta. E. J. Anthony se refiere al problema filosófico y práctico de la observación del niño, observación que entre otros dilemas presenta el de la subjetividad-objetividad, ¿Cabe preguntarse cómo es posible que pueda darse una observación objetiva sin perder la riqueza de las observaciones subjetivas y, viceversa, cómo podemos estudiar lo que una persona siente directamente dejando de lado su propio saber, así como en qué medida nuestro propio saber no altera la misma observación? Por otra parte, al querer ejercer un control, ¿en qué

medida podemos observar al observador sin poner en peligro su posición, convirtiéndolo de observador en objeto de observación? Este dilema nos muestra la gran dificultad de conservar las dualidades sujeto-objeto, subjetivo-objetivo, en una misma sucesión de experiencias.

Por otra parte, existen diversos modos de observar: la simple observación de un niño puesto en situación, la observación cuando el observador está en situación experimental y la observación naturalista que estudia al niño en su entorno natural y aborda al mismo tiempo las interrelaciones padres-hijo. Cada uno de estos métodos posee su propio valor, y todos ellos diferirán de los demás según el observador sea participante o no. El observador que tiende a objetivar puede simplificar excesivamente el campo de observación y crear unas barreras artificiales entre observador y observado, con lo que todo lo que se gana en precisión se pierde en riqueza. Para el observador subjetivista, la persona observada no sólo es una simple cosa sujeta a una serie de experimentos, sino que es algo activo, comprometido en el acto de observación; en lugar de quedar excluido, se incluye en dicho acto, con lo que pierde alguna distancia en relación al objeto observado.

Creemos que no han de contraponerse las diversas actitudes y situaciones; unas y otras aportan buena cantidad de material. Lo importante es exponer con la mayor precisión posible los objetivos a conseguir y la situación del observador; seguidamente, describir al otro sin que el observador deje de observarse a sí mismo. Hasta cierto punto, los diversos tipos de observación llevan a un especial conocimiento, cada uno de los cuales ha de ser válido con respecto a objetivos concretos.

Aun si aceptamos que cada instante del hombre lo hemos de encontrar dentro de la línea general de su propia historia, debemos estudiar las diversas etapas de su crecimiento siempre como algo nuevo. Todos los grados de madurez biológica, afectiva y social no pueden contemplarse en la misma perspectiva. Así vemos que el desarrollo infantil no es un monólogo, sino un diálogo entre un crecimiento y un interlocutor que lo alimenta y que, en cualquier caso, el niño siempre sigue siendo un ser en una situación dada, en lucha consigo mismo. Desde hace mucho, los psicoanalistas han venido oponiendo su método al de la simple observación, pero los nuevos enfoques del niño por el psicoanálisis, tanto en lo que respecta a V. y M. Kris como a A. Freud y a M. Klein no lo rechazan. Así, A. Freud admite que pueden ser objetos de observación los "brotes del inconsciente", el resultado de los mecanismos de defensa del Yo, así como las "formas reaccionales". Partiendo de tales métodos se ha hecho patente la capital importancia de las aportaciones del entorno, como, por ejemplo, las aferencias sensoriales sociales y afectivas (especialmente maternas), la importancia de los modos de relación simbióticos al comienzo del desarrollo, el valor que hay que asignar a la pareja madre-hijo, como unidad funcional y como unidad constructiva, dando paso a una más amplia sociabilidad; o sea, antes de que aparezca el sistema de signos compuestos de todos los símbolos verbales convencionales, el niño nos ofrece una suma de elementos por descifrar antes de poder conocerlos. Su observación no presupone una medición, sino una comprensión de los mecanismos organizativos. Si podemos describir las fases de su desarrollo o sus etapas cronológicas, también puede hacernos comprender el niño los diversos planos organizativos desde un punto de vista dinámico, puesto que el desarrollo, como afirma S. K. Escalona, consiste en la suma de todas las "experiencias" habidas hasta un determinado momento de la vida. Este autor supone que todos los roces del recién nacido con la realidad (inclusive su propio cuerpo) son importantes para el desarrollo de las distintas funciones del Yo, al tiempo que las mismas funciones del Ego pueden diferenciarse y alumbrar infinidad de experiencias absolutamente de signo diferente.

Todo método de observación ha de tener en cuenta la existencia de algunas constantes en la evolución, así como determinadas variantes tanto en el niño como en su entorno.

Las constantes del niño son las constantes *biológicas* madurativas que pueden medirse mediante una serie de tests. Cuando el desarrollo corresponde a la norma, responde a un valor de desarrollo real dentro de una determinada técnica. Este tipo de estudio mide el grado de utilización de posibilidades, pero en muchos casos el resultado cifrado nos da una falsa idea porque nada nos puede indicar de las posibilidades no utilizadas.

Las constantes del entorno son las constantes *culturales* que se dan en el modo de comportarse con el niño.

Las variables en el niño son:

— las de un *equipo de base* genética (pudiera decirse primaria), energética y de impulsos;

— las de un nuevo equipo de base (que pudiéramos denominar secundario) que se desarrolla precozmente durante su primer año y se forma partiendo del primer equipo genético de base o de los mecanismos de relación y de la dinámica de las realizaciones funcionales, o partiendo de ambas. Ambos equipos pueden parecer, en estudios retrospectivos, organizaciones constitucionales, aun cuando los mecanismos constitutivos, diferentes como son, puedan estar imbricados.

Las variables en el adulto, aun en una sociedad de igual cultura, son importantes en relación con la conducta infantil. Es evidente que, según haya sido el desarrollo personal del adulto y las dificultades que haya tenido, su actitud para con el niño será diferente, así como su influencia en el desarrollo.

Todo tipo de observación puede aportar los datos más interesantes para comparar constantes y variantes, pero siempre hay que guardar una actitud crítica. Por ejemplo, en los estudios de tipo culturalista podemos observar fenómenos de frustración a gran escala, característicos de una determinada *sociedad*, con lo que el estudio adquiere un carácter casi experimental; estudiando, por ejemplo, ese comportamiento en una sociedad dada, vemos que las relaciones entre padres e hijos son especiales (los padres son frustradores sin sentimiento de culpa), la organización de los impulsos agresivos en tales niños no es comparable a la que pudiéramos encontrar en nuestra sociedad occidental. Dentro de una misma sociedad podemos encontrar igualmente importantes diferencias según los grupos culturales: valgan, como ejemplo, el de las observaciones de los psicoanalistas en sus propias familias, que no son comparables con las efectuadas en otros ambientes.

También es discutible la observación efectuada por la *familia*. Con demasiada frecuencia nos contentamos con descripciones procedentes del entorno, a veces de uno de los padres, o incluso —cosa más frecuente aún— escuchando uno a uno a los diversos miembros de la familia. La observación naturalista está más cerca de la realidad: estudia al niño en su entorno natural y aborda las interrelaciones padres-hijo. Evidentemente, las conclusiones que podemos extraer de esta observación serán diversas según se fijen en unidades acción-reacción o forma familiar, es decir, el contexto natural, campo de interacción concreta en que se afrontan los influjos recíprocos revalorizados en función de la proximidad de unos seres siempre enfrentados (R. D. Laing y A. Esterson. Con frecuencia nos vemos forzados a analizar únicamente el contenido aparente de dicha relación; mientras no se analiza a cada uno de los miembros de la familia, resulta difícil entrever las necesidades inconscientes del niño

y los deseos inconscientes de los padres. Por otra parte, en el plano de la comunicación, siempre es difícil descubrir las “incongruencias” de los mensajes puestos en circulación por los teóricos de la “doble unión” (G. Bateson y otros), o saber hasta qué punto la función que cada uno se atribuye no limita su capacidad de espontaneidad real. Sabemos que según los datos de la antropología cultural, M. Mead admite que hay diversos tipos de vínculos: complementarios, de interrelación, íntimos, pudiéramos decir, y por otra parte, simétricos, que llevan a la madre a comportarse con su hijo como si fuera su semejante, y otros vínculos que impulsan el recíproco cambio de bienes como si se tratara de objetos materiales. Hay padres que pueden mantener permanentemente alguna de estas formas de relación, mientras que otros cambian según la situación. Por otra parte, muchas veces, al pensar en una cierta mutabilidad que existe en el niño, se da por descontado que los padres no cambian, pero lo cierto es que con el transcurso del tiempo también son objeto de cambios, como consecuencia de mutaciones económicas, de modificaciones de la relación interconyugal, de nuevas formas de satisfacción sexual, del nacimiento de otros hijos, etcétera. Como señala N. W. Ackerman, conviene ser cada vez más escéptico entre los clisés familiares y formulaciones estereotipadas en cuanto a la respuesta infantil al rechazo paterno, a la seducción, al complejo de Edipo, a la explotación de su narcisismo, etc. No por ello hemos de ver forzosamente a los padres y al niño como enemigos envueltos en una lucha, cada uno exigiendo el sacrificio del otro o —caso de llegar a una difícil tregua— analizando su aspecto de competitiva oposición, olvidando la unión existente entre el niño, los padres y el resto de la familia. Creemos artificial considerar la trama familiar como una lucha entre características positivas o negativas de padres e hijos, siendo así que la realidad puede no tener caracteres patológicos sino en situaciones que cristalizan y al llegar el niño a determinada edad. Nuestros conocimientos son insuficientes para apreciar si hay un potencial de capacidades innatas; lo que sí sabemos es que existen desfases entre el desarrollo de las capacidades diversas, lenguaje, motricidad, etc., y que las características de tales capacidades pueden influir en la relación padres-hijo. Como dice T. Moore, puede haber dos personas con igual grado de madurez y ser diferentes desde diversos puntos de vista, lo que dependerá de la frecuencia diferencial de algunos actos o de las diferencias de intensidad o de calidad, que pueden ser calibrados pero no mensurados. A. Thomas y cols. declaran haber identificado cierta proporción de modelos de reacciones primarias equivalentes a un perfil de personalidad relativamente constante al menos durante los cinco primeros años, lo que puede influir en la conducta de los padres y del entorno. Como subraya P. Fedida, en su estudio sobre Flaubert, J. P. Sartre ha demostrado que la relación del niño con su familia está llena de múltiples y complejas contradicciones que se expresan en especiales *sucesos* de significado indescifrable mediante los que el niño va tanteando su capacidad y su manera de resolver temporalmente las contradicciones de su propia historia.

IV. — MÉTODOS DE ESTUDIO DEL DESARROLLO INFANTIL

Si bien es verdad que sólo existe ciencia de lo general y verdad de lo particular, se han empleado diversos métodos para establecer las líneas generales del desarrollo.

Creemos que puede haber cinco modos de estudiar el desarrollo que no se oponen entre sí, sino que se complementan.

El método biográfico, que comprende amplios estudios biológicos y relacionales; descripciones carentes de toda palabra discutible; un análisis de las observaciones y otro de algunas totalidades clasificadas; un estudio acerca los observadores, que por este motivo influyen en el niño, tan importante como el estudio del desarrollo. Este estudio presenta algunos inconvenientes debido al pequeño número de observaciones y a la brevedad de los lapsos de evolución. A un pequeño número no le podremos dar un valor general, ni tampoco valor de predicción a una evolución tan corta, pero, aun así, tiene algunas ventajas, pues por la profundidad en los estudios nos hace comprender mejor la estructura íntima de la organización durante su evolución.

El método estadístico permite el estudio de determinados datos y el estudio de correlaciones. Puede proporcionar cierto número de constantes muy valiosas, pero no nos señala los momentos de organización, los instantes aclaratorios que representan algo más que la simple suma de muchos términos conocidos.

El método biográfico retrospectivo puede servir, por ejemplo, para estudiar un grupo de niños de escuela primaria con graves dificultades de adaptación, así como para mejor conocer a su familia con vistas a establecer una constelación característica. Dicho estudio se confrontará con el de un grupo de control formado por niños que no tienen esa dificultad. Si se da la misma dificultad en el grupo de control, deberá profundizarse la investigación a fin de comprender los mecanismos de compensación.

El estudio de la regresión en los niños psicóticos debe tener en cuenta que la regresión no es una vuelta a un anterior nivel evolutivo, puesto que el niño hace la regresión con cuanto ya tiene adquirido. El aspecto puede ser equivalente pero su valor es distinto.

Los estudios longitudinales de larga duración se realizan, por ejemplo, con grupos de niños seleccionados al nacer (prematuros, p. ej.), o después (p. ej., niños con perturbaciones del lenguaje), pero siguiendo unos criterios muy estrictos y comparados con niños de control.

V. — MÉTODOS ASISTENCIALES

Inicialmente, la asistencia psiquiátrica del niño fue fundamentalmente institucional; los niños inadaptados permanecen bajo vigilancia, se imparten ciertas enseñanzas a niños retrasados o se reeduca a los niños que padecen deficiencias sensoriales, mediante métodos especiales. A los fundadores de estos organismos pioneros se deben los primeros pasos en la educación de sordomudos, ciegos e incluso retrasados.

Durante mucho tiempo estos lugares eran unas instituciones de segregación o reformatorios donde se aplicaban las reglas de una sociedad de cánones extremadamente rigurosos. Cuando las dirigieron personas comprensivas y preparadas se lograron resultados altamente apreciables. Conviene decir en su favor que la dirección exclusivamente médica de dichas instituciones no siempre favoreció su situación, pues con la entrada de la noción de pronóstico irrevocable se frenaron lauda-

bles esfuerzos y se perdieron unos métodos que un personal no científico empleaba anteriormente de una manera intuitiva válida.

Seguidamente se cayó en la cuenta de que la misma institución provocaba unos trastornos llamados "enfermedades institucionales". Se ha tratado de remediar el problema, pero sigue todavía siendo grave.

En las décadas siguientes, al hacer balance de las instituciones, se demostró que niños considerados como retrasados eran puramente psicóticos, o que niños deficientes se habían "psicotizado" durante su estancia. En determinados centros especializados en el tratamiento de deficiencias sensoriales se advierte que la labor realizada con déficit parciales mejora el estado deficitario, pero provoca cierta obsesionalización limitativa, y la mejora se produce a costa de toda la personalidad. Problemas prácticamente equivalentes se plantean a los organismos encargados de acoger niños abandonados física o moralmente, y es evidente que los repetidos cambios de institución en institución de algunos de estos niños aumentan los problemas primarios de carencia.

Actualmente, los servicios residenciales que ofrece la colectividad adoptan nuevas formas ortopedagógicas y terapéuticas. Pero cuando se establece como institución suele ser una mala solución, pues la ruptura con el medio social y la familia suele ser perjudicial. A veces será necesaria la separación en los casos de delincuencia habitual o en los casos con trastornos de conducta, por ejemplo, que producen contrarreacciones en el entorno, máxime si se trata de padres psicóticos o neuróticos que evidencian graves desavenencias, etc. Si, teóricamente, la separación ha de considerarse siempre como un abandono, en la práctica los niños se sienten aliviados al huir del medio conflictivo en que viven. Muchas veces no es cierta la expresión de que "más vale una mala madre que estar privado de ella". Aun cuando a primera vista los métodos de estas instituciones parecen válidos, en realidad pocas veces se ha dado un resultado científicamente válido. En la práctica suele dar mejores frutos la fórmula "hospital de día" o a media pensión.

Junto a los servicios clínicos tradicionales actualmente se utiliza una nueva fórmula: los organismos de orientación infantil encargados de utilizar todos los elementos del medio al que pertenecen los niños que precisan de su ayuda; su principal función es mejorar la relación concomitante padres-hijo, adaptar los niños a su medio más inmediato, velando muy especialmente por sus relaciones afectivas y sociales, a fin de obtener el mayor partido de sus aptitudes individuales. Como afirman D. Buckle y S. Lebovici, la orientación infantil se distingue por principio de las prácticas médicas clásicas, gracias a un mayor conocimiento de los procesos psicológicos y los problemas afectivos del niño, una mayor profundidad en el significado del medio para el mismo niño y por la labor de equipo encargado del diagnóstico y de la labor terapéutica, equipos formados por el psiquiatra, el psicólogo y el asistente social. Por lo demás, esta modalidad asistencial no sólo se ocupa del niño, sino también de la familia en su totalidad cuando es necesario.

En realidad, a este equipo hay que sumar unos buenos psicoterapeutas, reeducadores del lenguaje, reeducadores de la motricidad y ortopedagogos expertos conocedores tanto de las simples deficiencias como de los procedimientos psicoterapéuticos. Al pasar de la labor individual a la labor en equipo aparecen dos problemas:

- el de la formación y una cierta especialización en el marco terapéutico;
- el de la coherencia del equipo, cuando se constituye con diversas disciplinas.

Ha de haber una coherencia interna, amén de una organización sencilla y sintética al buscar el modo de obrar terapéuticamente; para el futuro de la enfermedad es de

capital importancia el momento en que esta elección se produce, no sólo por los cambios que comporta, sino por la posición que se adopta. No cabe hablar de terapéutica abusiva; hay que elegir la terapéutica más apropiada en un momento dado atendiendo a la situación real y a las posibilidades médicas existentes. Sólo hay que aceptar a un enfermo cuando existe un perfecto acuerdo entre quienes se van a ocupar de él. La terapéutica a seguir no siempre depende de los síntomas, sino del impacto esperado al intervenir en el campo de fuerzas que se nos presenta. A veces parecerá necesaria una psicoterapia en las alteraciones del lenguaje, bien sea sola o unida a una reeducación logopédica; a veces, una reeducación psicomotriz puede mejorar un débil motor paratónico afectado por trastornos emocionales.

¿Qué clase social es la que consulta al psiquiatra infantil? El niño muchas veces llega al médico por el camino indirecto de una institución o de la escuela. Normalmente son problemas de poco alcance los que preocupan a los padres: retraso del crecimiento, asistencia a la escuela o conducta irregulares, síntomas aislados o así considerados —del apetito, del esfínter y motores—, alteraciones del lenguaje, del sueño, de algunos hábitos motores, tendencias a la cólera, a la pereza, etc. Cuando una madre lleva su hijo al médico muchas veces lo que se esconde tras ese acto es una oscura petición personal de ayuda. Realmente, es raro que consulte directamente para resolver sus propios problemas familiares. La consulta puede producirse a raíz de un episodio brusco que pone en evidencia una organización psicopatológica anterior, inadvertida hasta el momento, o tras una larga evolución en que los síntomas se han minimizado, esperando se tratara de un fenómeno pasajero; también puede ir contra su voluntad, por indicaciones de personas pertenecientes a su misma familia o ajenas a ella.

La familia que consulta al médico espera un tratamiento, un pronóstico y una ayuda, y, a veces, incluso adquirir la tranquilidad de saber que no ha sido culpable de la alteración. Por experiencia, sabemos que el síntoma no es sino la manifestación aparente de una alteración mayor, bien porque la personalidad se ha formado en torno a un incidente primario, bien porque los síntomas externos ocultan o permiten descubrir una alteración más grave de la personalidad. Por eso, la primera entrevista tiene capital importancia; es la primera toma de contacto que nos permitirá poner en funcionamiento nuestros recursos, actuando el médico de diverso modo según se trate de un caso urgente, en el sentido médico del término, de una crisis del desarrollo infantil o de un proceso. Sea lo que fuere, hemos de hacer un análisis estructural en relación con el grado de evolución, tratando de señalar la fijeza o movilidad organizativas y la capacidad o incapacidad de reversibilidad de funciones. Según las conclusiones del análisis decidiremos si es urgente o no la acción terapéutica y hasta dónde ha de extenderse nuestro estudio, pues aun cuando sea fácil aceptar encargarse del paciente, no siempre estaremos en disposición de hacerlo. A veces, al margen de la necesidad de hacer exámenes más concienzudos, basta con los conocimientos aportados por una sola consulta para dar una solución momentánea que tenga efecto favorable, con lo que el problema puede quedar fuera del campo psiquiátrico. Cuando sabemos que “la enfermedad existe”, a partir del momento en que el médico la nombra toma una forma médica que puede provocar una reacción en la misma enfermedad; si es lícita la expresión de que la enfermedad se busca a sí misma, no lo es menos que, también en ocasiones, toma una forma específica por la acción del entorno o por el tratamiento médico. Con frecuencia no queremos dar un diagnóstico precoz a la ligera ni proponer un tratamiento rígido. No obstante, siempre nos parece interesante un esbozo de diagnóstico semejante al que nos ofrece A. Freud.

En el marco de los cambios de la sintomatología del niño, nuestra finalidad no será describir o tratar “lo momentáneo”, como pide la familia. Lo que hemos de tratar es el futuro; de la respuesta dependerá la importancia que demos al asunto. Si nos afincamos en diagnósticos excesivamente rígidos, motivados por unos contactos con la familia o con el niño excesivamente esquemáticos, o por nuestra incapacidad para descentrarnos en ciertos momentos, podemos tomar decisiones irreversibles cuyas consecuencias han de ser funestas para el niño. No olvidemos que carecemos de material de estudio longitudinal válido que nos permita establecer un diagnóstico con valor predictivo. Sobre este particular, los estudios de E. Kris son ejemplos a seguir, y su finalidad es establecer una biografía dinámica que abarque:

- una descripción de la totalidad del niño;
- una descripción de las relaciones entre el conjunto de la personalidad y el mecanismo de adaptación y de defensa;
- el estudio de las crisis de desarrollo;
- el estudio de la adaptación social centrada en el de la interacción entre el niño y su familia;
- el estudio de las consecuencias del comportamiento de los padres.

Casi todos los trabajos sobre la predicción se basan en un material heterogéneo compuesto por niños estudiados demasiado tarde, con anamnesis, cuyo grado de aproximación desconocemos y con unos conocimientos del medio ambiente cronológicamente demasiado incompletos.

Creemos que el estudio de la predicción constituye la base fundamental para una más adecuada definición de la psiquiatría infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Ambrose, A. — The comparative approach to child development: the data of ethology. En *Foundations of child psychiatry*, 183-232.
- Anthony, E. J. — On observing children. En *Foundations of child psychiatry*, 71-123. Ed. por E. Miller. Publicado por Pergamon Press, 1968.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. — Toward a communication theory of schizophrenia. *Behav. Sci.*, 1956, 1, 251-264.
- Birch, H. G. — The pertinence of animal investigation for a science of human behavior. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1969, 31/2, 267-275.
- Bourneville, D. M. y D'Oller, H. — *Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Delahaye, Paris, 1881.
- Bowlby, J. — Symposium on the contribution of current theories to an understanding of child development. I. An ethological approach to research in child development. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1957, 30, 230-240.
- Braunschweig, D., Diatkine, R., Kestenberg, E. y Lebovici, S. — A propos des méthodes de formation en groupe. *Psychiat. Infant*, 1968, 11, 71-180.
- Buckle, D. F. — La formation du psychiatre d'enfants. *Psychiat. Infant*, 1968, 11, 297-312.
- Coleman, R., Kris, E. y Provence, S. — The study of variations of early parental attitudes (a preliminary report). *Psychoanal. study child*, 1953, 8, 20-47.
- Duchêne, H. — L'écart entre les possibilités techniques théoriques et les besoins médico-sociaux. *Psychiat. Infant*, 1958, 1, 475-489.
- Escalona, S. K. — Patterns of infantile experience and the developmental process. *Psychoanal. study child*, 1963, 18, 197-244.
- Fedida, P. — Psychose et parenté (naissance de l'antipsychiatrie). *Critique*, 1968, 257, 870-896.
- Fox, M. W. — Neuro-behavioral ontogeny. A synthesis of ethological and neurophysiological concepts. *Brain Research*, 1966, 2, 3-20.

- Freud, A. — Child observation and prediction of development: A memorial lecture in honor of Ernst Kris. *Psychoanal. study child*, 1958, 13, 255-278.
- Gabel, M. — A propos de l'attitude des familles devant la consultation de psychiatrie infantile. *Psychiat. Infant*, 1963, 6/12, 489-536.
- Grant, E. C. — The contribution of ethology to child psychiatry. En *Modern perspectives in child psychiatry*, págs. 20-37. Edit. por J. G. Howells, Publ. Edimburgo y Londres, Oliver and Boyd, 1965.
- Kanner, L. — The development and present status of psychiatry in pediatrics. *J. Pediat.*, 1937, 11, 418-433.
- Kris, E. y M. — The use of prediction in a longitudinal study. *Psychoanal. study child*, 1957, 12, 175-215.
- Laing, R. D. y Esterson, A. — *Sanity, madness and family*, Londres, Tavistock Publications, 1964.
- Lebovici, S. — La prévention en santé mentale chez l'enfant. *Psychiat. Infant*, 1960, 3, 197-224.
- Lebovici, S., de Ajuriaguerra, J. y Diatkine, R. — A propos de l'observation chez le jeune enfant, *Psychiat. Infant*, 1958, 1, 437-474.
- Moore, T. — The place of longitudinal research in the study of child development. En *Foundations of Child Psychiatry*, 1968, 151-182.
- Santos, J. — La valeur du symptôme dans le domaine préventif. *La Psychiat. Infant*, 1963, 6, 139-242.
- Schur, M. — Animal research. Discussion: A Psychoanalyst's Comments. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1961, 31/2, 276-291.
- Thomas, A. y otros. — *Behavioral individuality in early childhood*, 135, págs., N. Y. University Press, 1963.
- Wallon, H. — *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, P.U.F., 1948.
- *
* *
- Adiestramiento de psiquiatras. — *Informen.º* 20 del comité de expertos en salud mental. O. M. S. Ginebra, 1963.
- O. M. S. — Le problème de la classification des troubles en psychiatrie infantile. *Psychiat. Infant*, 1968, 9, 469-570.
- Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 66^e session, Clermont-Ferrand, 10-21 sept. 1968. Rapport d'assistance: Evolution des modes d'assistance en psychiatrie infanto-juvénile, por A. Beley. Paris, Masson, 1968, 96 págs.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL¹

El problema del tratamiento se estudia en cada capítulo. Damos aquí los títulos de algunas referencias generales.

- Ajuriaguerra, J. de, Buckle, D. F., Decobert, S., Henny, R., Jaeggi, A., Koupernik, C., Lebovici, S., Maquard, M. y Roth, S., con la colaboración de: R. Diatkine, A. Dührssen, M. Fert, E. Irvine y J. Rey-Bellet. — *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*, Masson et C^{ie}, ed., París, 1967.
- Lebovici, S., Diatkine, R. y Kestenberg, E. Bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Infant*, 1958, 1/1 63-179.
- Lebovici S., Diatkine, R., Favreau, J.-A., Luquet, P. y Luquet-Parat, J. — La psychanalyse des enfants. En *La psychanalyse d'aujourd'hui*, S. Nacht (dir.), págs. 169-235. P.U.F., París, 1967.
- MacLay D. T. — *Treatment for children. The work of a child guidance clinic*. George Allen and Unwin, Londres 1970.
- Smirnoff, V. — *La psychanalyse de l'enfant*. P.U.F., París, 1966.
- Widlöcher, D. — *Le psychodrame chez l'enfant*. 152 págs. P.U.F., "Paideia", París. 1962.
- *
* *
- Méthodes psychologiques, pédagogiques et sociales en psychiatrie infantile* (Bajo la dir. de G. Amado). Monographie de l'Institut national d'Hygiène n.º 24, París, 1961.
- Le traitement psychiatrique des enfants placés en institution*. Bureau régional O.M.S., Copenhague, 1964.
- Études et recherches en psychiatrie infantile (Rapports des journées du groupe)*. L'équipe de psychiatrie infantile et son psychiatre. Edouard Privat, ed., Toulouse, 1967.
- Some therapeutic methods and prophylaxis, págs. 592-687. En *Foundation of child psychiatry*, 1968. Pergamon Press, Oxford.
- Contributions de la psychanalyse des enfants. Symposium Genève*, 1970. En: *Psychiat. Infant*. J. Kestenberg, 5-6. R. Diatkine, 7-35. Anna Freud, 37-55. H. Segal, 57-81. 1971, 14, 1.
- Ajuriaguerra, J. de, Buckle, D. F., Decobert, S., Henny, R., Jaeggi, A., Koupernik, C., Lebovici, S., Maquard, M. y Roth, S., con la colaboración de: R. Diatkine, A. Dührssen, M. Fert, E. Irvine y J. Rey-Bellet. — *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*, Masson et C^{ie}, ed., París, 1967. Edición española publicada por Toray-Masson, Barcelona, 1972.
- Barande, R., Diatkine, R., Lebovici, S., Kestenberg, E. y Simon, J. — Les psychothérapies de groupe. Encyclopédie médico-chirurgicale. *Psychiatrie*, 1955, tomo III: 37817 A¹⁰ 1-11.
- Buckle, D. y Lebovici, S. — *Les centres de guidance infantile*. Ginebra, O. M. S., 1958.
- Diatkine, R., Favreau, J., Lebovici, S., Luquet, P. y Luquet-Parat, J. — Psychothérapie chez l'enfant. Encyclopédie médico-chirurgicale. *Psychiatrie*, 1955, tomo III: 37818 A¹⁰, C¹⁰, E¹⁰.
- Dührssen, A. — *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Verlag für Medizinische Psychologie, Gotinga, 1960. Trad. española. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
- Eveloff, H. H. — Psychopharmacologic agents in child psychiatry. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 14, 472-481.
- Feldmann, H. — De l'utilisation des médicaments dans le domaine de la neuropsychiatrie infantile (Revue critique). *Psychiat. Infant*, 1963, 6/2, 563-606.
- Fish, B. — Drug Use in Psychiatric Disorders of Children. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 124/8, 31-36 (Supl.).
- Freed, H. — *The chemistry and therapy of behavior disorders in children*. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill., 1962.
- Hammer, M. y Kaplan, A. M. — *The practice of psychotherapy with children*. The Dorsey Press, Homewood, Ill., 1967.

MANUALES

- Moreau de Tours, P. — *La folie chez les enfants*. París, Baillière, 1888.
- Manheimer, M. — *Les troubles mentaux de l'enfance*. París. Soc. d'Éditions Scientifiques, 1899.
- Strohmayer, W. — *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Tubinga, Laupp, 1910.
- Santa de Sanctis, S. — *Neuropsychiatria infantile*. Roma. Stock, 1925.
- Homburger, A. — *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Berlin, Springer, 1926.
- Ziehen, T. — *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*. 2.^a edición, Berlin, Reuther und Reinhard, 1926.
- Bender, L. — *A dynamic psychopathology of childhood*. Ch. Thomas, edit., Springfield, 1954.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et C^{ie} edit., París, 1936.
- Benjamin, E. y otros. — *Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters*. Zurich y Leipzig, Rotapfel Verlag, 1938.
- Robin, R. — *Précis de neuropsychiatrie infantile*. Douin, edit., París, 1939.
- Pfaundler, X. — *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Urban und Schwarzenberg. Viena, 1945.
- Tramer, M. — *Manuel de psychiatrie infantile générale*. P.U.F., París, 1949.
- Heuyer, G. — *Introduction à la psychiatrie infantile*. P.U.F., París, 1952.
- Hoch, P. H. y Zubin, J. — *Psychopathology of childhood*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1955.
- Soukhareva, J. E. — *Leçons cliniques de psychiatrie du jeune âge*. Moscú, 1955.
- Chess, S. — *An introduction to child psychiatry*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1959, 2.^a ed., 1969.
- Kanner, L. — *Child psychiatry*. 3.^a edic., Ch. C. Thomas, Publ. Springfield, Estados Unidos, 1960.
- Finch, S. M. — *Fundamentals of child psychiatry*. H. K. Lewis and Co., Londres 1960.
- Caplan, G. edit. — *Prevention of mental disorders in children*. Tavistock Publ., Londres, 1961.
- Soddy, K. — *Clinical child psychiatry*. Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1960.
- Grünspun, H. — *Distúrbios psiquiátricos de criança*. São Paulo, Fundo Editorial Prociencx, 1961.
- Grünspun, H. — *Distúrbios neuróticos de criança*, 635 págs. Fundo Editorial Prociencx, São Paulo, Brasil, 1965.
- Reca, T. y otros. — *Problemas psicopatológicos en pediatría*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1961.
- Shirley, H. F. — *Pediatric psychiatry*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1963.
- Lafon, R. — *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., París, 1963.
- Howells, J. G. (Ed.). — *Modern Perspectives in Child Psychiatry*. Oliver and Boyd, Edimburgo y Londres, 1965.
- Bakwin, H. y Morris Bakwin, R. — *Clinical management of behavior disorders in children*. 3.^a edición, W. S. Saunders, Filadelfia, 1966.
- Michaux, L. — *Psychiatrie infantile*. 4.^a ed. París, P.U.F., 1967.
- Miller, E., ed. — *Foundations of child psychiatry*. Publ. Pergamon Press, Oxford, 1968.
- Freud, Anna. — *Le normal et le pathologique en psychiatrie de l'enfant*. Gallimard, París, 1968.
- Lutz, J. — *Psychiatrie infantile*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, París, 1969.
- Shaw, C. R., Lucas, A. R. — *The psychiatric disorders of childhood*. 2.^a ed. Butterworths, Londres, 1970.
- Howells, J. G. — *Modern Perspectives in International Child Psychiatry*. Oliver and Boyd, Edimburgo y Londres, 1969.
- Reca, T. et al. — *Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia*. Centro de estudios y asistencia médico-psicológica de la niñez y la adolescencia CEAM, Buenos Aires; *Anales*, 1970, 2, 384.
- Aberastury, A. — *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Paidós, Buenos Aires, 1971.
- Lebovici, S., Soule, M. — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. 2.^a ed. Le fil rouge. P.U.F., 1972.
- Rollins, N. — *Child psychiatry in the Soviet Union. Preliminary observations*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1972.

MANUALES DE NEUROLOGÍA

- Dekaban, A. — *Neurology of infancy*. Williams, Wilkins and Co., Baltimore, 1959.
- Ford, F. R. — *Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence*. 3.^a ed. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill., 1946.
- Gareiso, A. y Escardo, F. — *Neuropediatria*. Ed. "El Ateneo", Buenos aires, 1956.
- Lefèvre, A. B. — *Exame neurologico evolutivo*. Sarvier, Sao Paulo, 1972.
- Opitz, H. y Schmid, F. — *Handbuch der Kinderheilkunde*. Vol. 8, 1.^a parte: Neurologie, Psychologie, Psychiatrie, 1.060 págs. Springer Verlag. Berlin y Heildelberg. 1969.
- Vinken, P. J. y Bruyn, G. W. — *Handbook of clinical neurology*. Vol. 3.^o y vol. 4.^o North-Holland Publ. and Co., Amsterdam, 1969.
- MANUALES GENERALES DE PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DE TESTS PSICOLÓGICOS
- Se indican otras referencias en las bibliografías de los capítulos II, III y IV.
- Amado, G. — *L'affectivité de l'enfant*. P.U.F., París, 1969.
- Anderson, H. y Anderson, G. — *Manuel des techniques projectives en psychologie clinique*. Editions Universitaires, París, 1965.
- Anstey, E. — *Psychological tests*. Nelson, Londres, 1966.
- Anzieu, D. — *Les méthodes projectives*. P.U.F., París, 1960.
- Bender, L. — *Child psychiatric techniques*. Thomas, Publ. Springfield, Ill., 1952.
- Bergeron, M. — *Psychologie du premier âge*. 2.^a ed. P.U.F., París, 1961.
- Boulanger, Baileguier. — *La personnalité des enfants normaux et caractériels à travers le test d'aperception C.A.T.* (2.^a ed.).
- Burt, C. — *Mental and scholastic tests*. 4.^a ed. Staples Press. Londres, 1962.
- Carmichael, L. — *Manuel de psychologie de l'enfant*, P.U.F., París, 1952.
- Fraisse, P. y Piaget, J. — *Traité de psychologie expérimentale*. 9.^o fasc. P.U.F., París, 1963-1967.
- Guion, R. M. — *Personnal testing*. McGraw Hill, Inc., Nueva York, 1965.
- Hiltmann, H. — *Kompendium der psychodiagnostischen Tests*. Huber, Berlin, 1960.
- Inhelder, B. — *Diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1963.
- Johnson, R. C., Medinuis, G. R. — *Child psychology. Behaviour and development*. 2.^o éd. J. Wiley et Sons, Nueva York, Londres, Sydney, Toronto, 1969.
- Loosli-Usteri, M. — *Le diagnostic individuel chez l'enfant au moyen du test de Rorschach*. Hermann et C^{ie}, París, 1938.
- Meili, R. — *Manuel du diagnostic psychologique*, P.U.F., París, 1964.
- Moor, L. — *La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile*. Masson et C^{ie}, edit., París, 1957. Edición española publicada por Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1969.
- Moor, L. — *Monographies de psychologie médicale appliquée à la neuropsychiatrie infantile*. Expansion, ed., París, 1962.
- Müller, R. — *Le C.A.T. Recherches sur le dynamisme enfantin*. Huber, Berna, 1958.
- Mussen, H., edit. — *Handbook of research methods in child development*. John Wiley, Inc., Nueva York-Londres, 1960.
- Pichot, P. — *Les tests mentaux en psychiatrie*. P.U.F., París, 1949.
- Piéron, H. y otros. — *Traité de psychologie appliquée*, vol. I y II. P.U.F., París, 1952 y 1962.
- Rapaport, D., Gill, M. y Schaafer, R. — *Diagnostic psychological testing*, vol. I y II. Chicago, Yearbook Publishers, 1945-1946.
- Rey, A. — *Études des insuffisances psychologiques*, vol. I y II. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1947.
- Rey, A. — *Monographies de psychologie clinique*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel. 1952.
- Rey, A. — *L'examen clinique en psychologie*. P.U.F., París, 1958.

- Rorschach, H. — *Psychodiagnostic*, P.U.F., París, 1947.
- Savage, R. D., edit. — *Readings in clinical psychology*. Oxford, Pergamon Press, 1966.
- Werner, H. — *Comparative psychology of mental development*. Intern. Univers. Press, Inc. Nueva York. Trad. española, Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Zazzo, R., Galifret-Granjon, N. Mathon, T. Santucci, H. y Stambak, M. — *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1960.
- Zazzo, R. — *Conduites et conscience. I Psychologie de l'enfant et méthode génétique*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1962.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO

- Acta paedopsychiatrica. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* (Basilea).
- Annual Progress in Psychiatry and Child Development* (Nueva York, Londres).
- American Journal of Mental Deficiency*, Nueva York.
- American Journal of Orthopsychiatrie*, Nueva York.
- Child development* (Child Development Publications, Purdue University, Lafayette, Ind., EE. UU.)
- A Criança Portuguesa*, Lisboa.
- Developmental Medicine and Child Neurology*. — (William Heinemann Medical Books Ltd., Londres).
- Enfance*, París.
- Études de neuro-psycho-pathologie infantiles* (Comité de l'enfance déficiente, Marsella).
- Infanzia anormale Nueva denominación: Neuropsichiatria Infantile* (Roma).
- Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* (Huber, Berna).
- Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, International Universities Press, Inc., Nueva York.
- Journal of Autism and childhood schizophrenia*. Scripta publ. corp., Washington, D. C.
- Journal of Child Psychiatry*, Nueva York.
- Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines* (Pergamon Press Oxford, Inglaterra).
- Nervous Child*, dejó de aparecer en 1956 (Child care publications, Nueva York).
- Neuropadiatrie*. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (Verlag für medizinische Psychologie, Gotinga, Alemania).
- La psychiatrie de l'enfant* (Presses Universitaires de France, París).
- The psychoanalytic study of the child*. Eissler R. S. y otros (Dir.), Nueva York, Intern. Univ. Press.
- Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance* (Expansion Scientifique Française, París).
- Developmental psychobiology* (Interscience Publishers, a division of John Wiley and Sons, Inc., Chichester, Inglaterra).
- Sauvegarde de l'enfance*. A.F.S.E. ex. U. N. A. R.).

CAPÍTULO II

EL DESARROLLO INFANTIL
SEGÚN LA PSICOLOGÍA GENÉTICA

No es nuestra intención abordar en el presente capítulo las diversas teorías existentes acerca del desarrollo infantil y los métodos psicométricos utilizados en psicología clínica. Pero por la importancia que tienen, no dejaremos de ofrecer un esquema del desarrollo infantil según las más representativas escuelas de psicología genética, de J. Piaget, H. Wallon, y psicoanalistas, continuadoras de la escuela de S. Freud.

Antes de presentar las diversas opiniones es conveniente aclarar las ideas de escala y estadios del desarrollo, términos muy empleados en los diversos estudios que versan sobre la evolución del niño.

La evolución se puede evaluar por diversos procedimientos y calcularse mediante unas *escalas de desarrollo* semejantes a las que Binet y Simon proponen para obtener el coeficiente intelectual. Las escalas más conocidas son las de Charlotte Bühler y A. Gesell, sobre la base de meses y años de edad. Nos dan un valor estadístico que permite medir en el niño, con una relativa precisión, el nivel de desarrollo alcanzado o, por el contrario, el retraso. Así pues, nos ofrecen un orden cronológico. Las escalas de desarrollo no deben confundirse con los estadios de desarrollo, los cuales han sido establecidos para intentar definir niveles funcionales. Las escalas son descriptivas; los estadios, operacionales, con vista a profundizar el conocimiento del modo organizativo del niño y las nuevas formas que toman sus diversos comportamientos durante la evolución. El estadio no tiene una base cronológica, sino que se basa en una sucesión funcional.

La idea de estadio ha sido estudiada diversamente por los distintos autores. J. Piaget estudia fundamentalmente la operación intelectual tal y como se presenta al observador a lo largo de las diversas asimilaciones del niño. H. Wallon valora los estadios descritos partiendo del desarrollo emocional y la socialización. Por último, los psicoanalistas, a continuación S. Freud, describen la sucesión y encadenamiento de los diversos estadios instintivos.

J. Piaget precisa al máximo los términos al definir un estadio:

— Para considerar que existe un estadio, lo primero que se requiere es que el orden de sucesión de las adquisiciones sea constante. Insiste claramente en que no se trata de un orden cronológico, sino de un orden sucesorio.

— Todo estadio ha de ser integrador. Esto es, que las estructuras elaboradas en una edad determinada se conviertan en parte integrante de las de los años siguientes.

— Un estadio corresponde a una estructura de conjunto, y no a la yuxtaposición de propiedades extrañas unas a otras.

— Un estadio comprende al mismo tiempo un nivel de preparación y un nivel de terminación.

— Cuando se dan juntos una serie de estadios hay que distinguir el proceso de formación, de génesis y las formas de equilibrio final.

J. Piaget define en términos muy precisos lo que él llama *estadio* y que otros llaman *fase*.

Se hace necesaria esta precisión habida cuenta de que, como muestra P. Osterrieth, no se ha logrado unanimidad en cuanto a la definición de este término. Este autor ha comparado gran número de codificaciones de estadios, tanto europeos como americanos, y al analizarlos ha podido registrar 61 períodos cronológicos diferentes y comprobar que entre los 0 y los 24 años puede considerarse que cada vez que se cambia de edad comienza o tiene su final un estadio. Pese a tales discordancias, P. Osterrieth señala que cabe encontrar un cierto acuerdo comparando los diversos sistemas. Pasando al plano intelectual, por ejemplo, en la mayor parte de los estudios vemos que se da un período de preparación, de coordinación de base, en una época dominada por fenómenos de maduración y que coincide más o menos con el primer año. Todo el mundo parece estar de acuerdo en señalar un período de inteligencia aplicada al campo de lo concreto, inteligencia sensoriomotriz o de manipulación, según los autores. Casi todos coinciden en señalar un tercer período dominado por la aparición de la capacidad representativa. Posteriormente, el niño abandona la postura dualista y comienza a considerar al mundo que le rodea como algo impersonal. Al mismo tiempo aparece la toma de conciencia de sí mismo con respecto a otros y frente a las cosas con un distanciamiento del mundo que le rodea. Parece ser que en este período se elabora la lógica concreta. Casi todos los sistemas señalan igualmente el advenimiento del pensamiento formal. En el plano afectivo y social casi todos los autores coinciden al describir una serie de indicaciones concordantes. Son bastantes los que hablan de una primera crisis de oposición al cumplir los 30 meses de edad aproximadamente. Algunos, como A. Gesell, señalan una crisis de inseguridad, una fase conflictiva y una serie de dificultades al llegar a los 5 o 5 años y medio relacionada con el período edipiano de que nos habla la terminología psicoanalítica. Lo mismo cabe decir de la crisis de los 12-13 años, que generalmente suele considerarse dentro del marco general de la pubertad psicológica.

Existen importantes divergencias entre los autores. J. Piaget las subraya al tiempo que pone en guardia contra superficiales o aparentes intentos de conciliación que, para él, carecen de interés. Piensa que el delimitar unos estadios no es una meta en sí y que ello es un simple instrumento indispensable para el análisis de procesos formativos como son los mecanismos del razonamiento. Consecuencia de todo ello es que los cortes entre estadios serán diferentes según el aspecto del desarrollo que sea objeto de estudio.

R. Zazzo introduce una diferencia entre la idea de *crisis* y la de *estadio*: en algún sentido la crisis ha de introducir un nuevo estadio definido cualitativamente y, por consiguiente, una reorganización. Pero hay que decir que en la noción de estadio de J. Piaget va implícita la reorganización.

Estudiando la evolución del carácter, M. Tramer describe etapas y fases inestables y fases estables. En cuanto a su estructura, estabilidad e inestabilidad, cambian de

una etapa a otra, de una fase a otra, lo que da origen a una modificación del armazón del carácter y de su marco general. Como dice Tran-Thong, en los sistemas basados en estadios el desarrollo infantil es a la vez discontinuo y continuo, compuesto por una gama de niveles cualitativamente diferentes y unidos entre sí solidariamente.

A nuestro entender, la descripción de estadios está lejos de ser la principal aportación de la psicología genética. Veremos que nociones como la de "posición" (Mélanie Klein) y "organizadores" (R. Spitz) poseen un significado distinto del de "estadio", en la acepción clásica del término.

En realidad, la aportación de la psicología genética es todo un cuerpo de doctrinas en que "sincronía" y "diacronía" son complementarias.

Es típica esta peculiaridad en las aportaciones de J. Piaget y H. Wallon.

Se ha mencionado de manera especial a estos autores al hablar del aspecto cualitativo de la evolución psíquica del niño, por oposición a aquellos cuyos esfuerzos tienden a establecer unas medidas y que consideran que los cambios que se producen durante el desarrollo infantil sólo pueden ser captados cuantitativamente. J. Piaget y H. Wallon presentan el desarrollo psíquico como una construcción *progresiva* que se produce por interacción entre el individuo y su medio ambiente. Piensan en una *auténtica génesis de la psique* frente a la idea del desarrollo como realización progresiva de funciones predeterminadas.

Por lo demás, estos dos autores no se limitaron a darnos una descripción de las etapas de la evolución psíquica, sino que trataron de explicarla, intentando deslindar los procesos más sobresalientes de su génesis.

Pese a sus diferencias más o menos acentuadas en ciertos momentos, cabe considerar sus trabajos como complementarios: Piaget ha profundizado fundamentalmente en los procesos propios del desarrollo cognitivo, y Wallon en el papel de la emoción en el comienzo del desarrollo humano. Al señalar diversos estadios, Piaget ha insistido en los cambios estructurales característicos de cada etapa del desarrollo cognitivo, cambios relacionados con la conducta infantil en sentido general. H. Wallon se ha fijado fundamentalmente en el desarrollo de la personalidad como cosa total, y ha propuesto se caracterice cada período por la aparición de un rasgo dominante, por el predominio de una función sobre las demás.

Desde el punto de vista de los procesos generales del desarrollo podemos caracterizar rápida y esquemáticamente la aportación de los diversos autores.

Al estudiar el desarrollo cognitivo, J. Piaget da gran importancia a la *adaptación* que, siendo característica de todo ser vivo, según su grado de desarrollo, tendrá diversas formas o estructuras. En el proceso de adaptación hay que considerar dos aspectos, opuestos y complementarios a un tiempo: la *asimilación* o integración de lo meramente externo a las propias estructuras de la persona y la *acomodación* o transformación de las propias estructuras en función de los cambios del medio exterior. J. Piaget introduce el concepto *equilibración* para explicar el mecanismo regulador entre el ser humano y su medio. Se considera la adaptación mental como prolongación de la adaptación biológica, siendo una forma de equilibrio superior. Los continuos intercambios entre el ser humano y su medio adoptan formas progresivamente más complejas. J. Piaget acude a los modelos matemáticos para formular su explicación del desarrollo cognitivo con el término de *reversibilidad*. Esta idea, que inicialmente sirve para caracterizar un aspecto capital del desarrollo cognitivo, es aplicable a los aspectos afectivos y sociales de la evolución del niño, cosa en la que J. Piaget viene insistiendo desde hace tiempo.

Al dar cuenta del desarrollo del niño como algo total, sin aislar previamente el aspecto cognitivo y el afectivo, H. Wallon otorga más importancia a otros procesos.

Insiste en el primer desarrollo neuromotor y especialmente en la *función postural* que por sí sola ofrecerá posibilidad de reacciones orientadas (tras las respuestas puramente reflejas del recién nacido). En este conjunto adquiere un valor funcional privilegiado la *emoción*, porque inicialmente está provocada por impresiones posturales y porque es base al mismo tiempo de la postura (gestos, mímica) que emplea a su vez para expresarse. Las reacciones denominadas por H. Wallon tónico-emocionales son los primeros indicios del desarrollo psíquico en la medida en que inicialmente son las primeras reacciones psicológicas. Para H. Wallon la emoción es el intermedio genético entre el nivel fisiológico con sólo respuestas reflejas y el nivel psicológico que permite al hombre adaptarse progresivamente al mundo exterior que va descubriendo. Para H. Wallon, el primer mundo exterior es el mundo humano del que el niño recibe todo: su saciedad, la satisfacción de sus necesidades fundamentales, etc. El niño puede dar muestras de bienestar o de malestar, ambas emociones puramente primitivas van encaminadas a la discriminación del mundo exterior, puesto que estas emociones van unidas a la acción del mundo humano con el niño. H. Wallon dice que "el niño que siente va camino del niño que piensa."

J. Piaget y H. Wallon no han dado la misma importancia a los diferentes aspectos del desarrollo ni considerado fundamentales las mismas ideas; los diversos estadios que distinguen no coinciden por completo, ni desde el punto de vista cronológico ni desde el punto de vista de sus características. Para conseguir una mayor sencillez de exposición presentaremos por separado las líneas fundamentales del desarrollo estadio por estadio de cada autor.

I. — ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN J. PIAGET

Piaget distingue cuatro grandes períodos en el desarrollo de las estructuras cognitivas, íntimamente unidos al desarrollo de la afectividad y de la socialización del niño. Habla en varias ocasiones de las relaciones recíprocas de estos aspectos del desarrollo psíquico.

I. — EL PRIMER PERÍODO

El primer período, que llega hasta los 24 meses, es el de la *inteligencia sensorio-motriz*, anterior al lenguaje y al pensamiento propiamente dicho.

Tras un período de ejercicios de los reflejos en que las reacciones del niño están íntimamente unidas a tendencias instintivas como son la nutrición, la reacción simple de defensa, etc., aparecen los primeros hábitos elementales. No se repiten sin más las diversas reacciones reflejas, sino que incorporan nuevos estímulos que pasan a ser "asimilados". Es el punto de partida para adquirir nuevos modos de obrar. Sensaciones, percepciones y movimientos propios del niño se organizan en lo que Piaget denomina "esquemas de acción".

A partir de los 5 o 6 meses se multiplican y diferencian los comportamientos del estadio anterior. Por una parte, el niño incorpora los nuevos objetos percibidos a unos esquemas de acción ya formados (asimilación), pero también los esquemas de acción se transforman (acomodación) en función de la asimilación. Por consiguiente, se produce un doble juego de asimilación y acomodación por el que el niño se adapta a su medio.

Bastará que unos movimientos aporten una satisfacción para que sean repetidos (reacciones circulares). Las reacciones circulares sólo evolucionarán con el desarrollo posterior, y la satisfacción (único objetivo) se disociará de los medios que fueron empleados para realizarse.

Al coordinarse diferentes movimientos y percepciones se forman nuevos esquemas de mayor amplitud. El niño incorpora las novedades procedentes del mundo exterior a sus esquemas (podemos denominarlos esquemas de asimilación) como si tratara de comprender si el objeto con que se ha topado es, por ejemplo, "para chupar", "para palpar", "para golpear", etc. Cabe afirmar que los diversos esquemas constituyen una estructura cognitiva elemental en grado sumo, al igual que lo serán, posteriormente, los conceptos a los que incorporará los nuevos informes procedentes del exterior.

Durante el período sensorio-motriz todo lo sentido y percibido se asimilará a la actividad infantil. El mismo cuerpo infantil no está disociado del mundo exterior, razón por la cual Piaget habla de un egocentrismo integral.

Gracias a posteriores coordinaciones se fundamentarán las principales categorías de todo conocimiento: categoría de objeto, espacio, tiempo y causalidad, lo que permitirá objetivar el mundo exterior con respecto al propio cuerpo. Como criterio de objetivación o exteriorización del mundo (inicio de una "descentración" respecto al yo), Piaget subraya el hecho de que el niño busca un objeto desaparecido de su vista mientras que durante los primeros meses dejaba de interesarse por el objeto en cuanto escapaba de su radio de percepción. Hasta el final del primero el niño no será capaz de considerar un objeto como un algo independiente de su propio movimiento y sabrá, además, seguir los desplazamientos de este objeto en el espacio.

Al finalizar el primer año será capaz de acciones más complejas, como volverse para alcanzar un objeto, utilizar objetos como soporte o instrumentos (palos, cordeles, etc.) para conseguir sus objetivos o para cambiar la posición de un objeto determinado.

II. — PERÍODO PREOPERATORIO

El período preoperatorio del pensamiento llega aproximadamente hasta los seis años.

Junto a la posibilidad de representaciones elementales (acciones y percepciones coordinadas interiormente), y gracias al lenguaje, asistimos a un gran progreso tanto en el pensamiento del niño como en su comportamiento.

Al cumplir los 18 meses el niño ya puede imitar unos modelos con algunas partes del cuerpo que no percibe directamente (p. ej., fruncir la frente o mover la boca), incluso sin tener delante el modelo (imitación diferida). La acción mediante la que toma posesión del mundo, todavía es un soporte necesario a la representación. Pero a medida que se desarrollan imitación y representación, el niño puede realizar los llamados actos "simbólicos". Es capaz de integrar un objeto cualquiera en su esquema de acción como sustituto de otro objeto. Piaget habla del inicio del simbolismo (una piedra, p. ej., se convierte en una almohada y el niño imita la acción de dormir apoyando en ella su cabeza).

Con un problema práctico por resolver, el niño todavía es incapaz de despegarse de su acción para pasar a representársela; con la mímica, simbólicamente, ejecuta la acción que anticipa (con un gesto de boca, abriéndola o cerrándola, p. ej., pretende representar su dificultad para introducir en una caja de cerillas una cadenilla, estando la caja poco abierta).

La función simbólica tiene un gran desarrollo entre los 3 y los 7 años. Por una parte, se realiza en forma de actividades lúdicas (juegos simbólicos) en las que el niño toma conciencia del mundo, aunque deformada. Reproduce en el juego situaciones que le han impresionado (interesantes e incomprensibles precisamente por su carácter complejo), ya que no puede pensar en ellas, porque es incapaz de separar acción propia y pensamiento. Por lo demás, al reproducir situaciones vividas las asimila a sus esquemas de acción y deseos (afectividad), transformando todo lo que en la realidad pudo ser penoso y haciéndolo soportable e incluso agradable. Para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación tanto intelectual como afectivo. Los símbolos lúdicos del juego son muy personales y subjetivos.

El lenguaje es lo que en gran parte permitirá al niño adquirir una progresiva interiorización mediante el empleo de signos verbales, sociales y transmisibles oralmente.

Pero el progreso hacia la objetividad sigue una evolución lenta y laboriosa.

Inicialmente, el pensamiento del niño es plenamente subjetivo. Piaget habla de un egocentrismo intelectual durante el período preoperatorio. El niño todavía es incapaz de prescindir de su propio punto de vista. Sigue aferrado a sus sucesivas percepciones, que todavía no sabe relacionar entre sí.

El pensamiento sigue una sola dirección; el niño presta atención a lo que ve y oye a medida que se efectúa la acción, o se suceden las percepciones, sin poder dar marcha atrás. Es el pensamiento irreversible, y en ese sentido Piaget habla de preoperatividad.

Frente a experiencias concretas, el niño no puede prescindir de la intuición directa, dado que sigue siendo incapaz de asociar los diversos aspectos de la realidad percibida o de integrar en un único acto de pensamiento las sucesivas etapas del fenómeno observado. Es incapaz de comprender que sigue habiendo la misma cantidad de líquido cuando se trasvasa a un recipiente más estrecho, aunque no lo parezca; por la irreversibilidad de su pensamiento, sólo se fija en un aspecto (elevación de nivel) sin llegar a comprender que la diferencia de altura queda compensada con otra diferencia de superficie. Tampoco puede comparar la extensión de una parte con el todo, dado que cuando piensa en la parte no puede aún referirse al todo.

La subjetividad de su punto de vista y su incapacidad de situarse en la perspectiva de los demás repercute en el comportamiento infantil.

Mediante los múltiples contactos sociales e intercambios de palabras con su entorno se construyen en el niño durante esta época unos sentimientos frente a los demás, especialmente frente a quienes responden a sus intereses y le valoran (véase capítulo III: *Vida social y desarrollo del niño y del adolescente*).

III. — PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS

El período de operaciones concretas se sitúa entre los siete y los once o doce años.

Este período señala un gran avance en cuanto a socialización y objetivación del pensamiento.

Aun teniendo que recurrir a la intuición y a la propia acción, el niño ya sabe descentrar, lo que tiene sus efectos tanto en el plano cognitivo como en el afectivo o moral. Mediante un sistema de operaciones concretas (Piaget habla de estructuras de agrupamiento), el niño puede liberarse de los sucesivos aspectos de lo percibido, para

distinguir a través del cambio lo que permanece invariable. No se queda limitado a su propio punto de vista, antes bien, es capaz de coordinar los diversos puntos de vista y de sacar las consecuencias. Pero las operaciones del pensamiento son concretas en el sentido de que sólo alcanzan a la realidad susceptible de ser manipulada, o cuando existe la posibilidad de recurrir a una representación suficientemente viva. Todavía no puede razonar fundándose exclusivamente en enunciados puramente verbales, y mucho menos sobre hipótesis, capacidad que adquirirá en el estadio inmediato, o estadio del pensamiento formal, durante la adolescencia.

El niño concibe los sucesivos estados de un fenómeno, de una transformación, como "modificaciones", que pueden compensarse entre sí, o bajo el aspecto de "invariante", que implica la reversibilidad. El niño empleará la estructura de agrupamiento (operaciones) en problemas de seriación y clasificación. Puede establecer equivalencias numéricas independientemente de la disposición espacial de los elementos. Llega a relacionar la duración y el espacio recorridos y comprende de este modo la idea de velocidad. Las explicaciones de fenómenos físicos se hacen más objetivas. Ya no se refiere exclusivamente a su propia acción, sino que comienza a tomar en consideración los diferentes factores que entran en juego y su relación. Es el inicio de una causalidad objetivada y espacializada a un tiempo.

Por más que ya se coordinen las acciones en un sistema de conjunto, el pensamiento infantil avanza muy poco a poco; todavía no sabe reunir en un sistema todas las relaciones que pueden darse entre los factores; se refiere sucesivamente ya a la operación contraria (anulación de la operación directa por la operación inversa), ya a la reciprocidad (entendiendo que pueden compensarse algunos actos).

El niño no es capaz de distinguir aún de forma satisfactoria lo probable de lo necesario. Razona únicamente sobre lo realmente dado, no sobre lo virtual. Por tanto, en sus previsiones es limitado, y el equilibrio que puede alcanzar es aún relativamente poco estable.

La coordinación de acciones y percepciones, base del pensamiento operatorio individual, también afecta a las relaciones interindividuales. El niño no se limita al acúmulo de informaciones, sino que las relaciona entre sí, y mediante la confrontación de los enunciados verbales de las diferentes personas, adquiere conciencia de su propio pensamiento con respecto al de los otros. Corrige el suyo (acomodación) y asimila el ajeno. El pensamiento del niño se objetiva en gran parte gracias al intercambio social. La progresiva descentralización afecta tanto al campo del comportamiento social como al de la afectividad.

En esta edad, el niño sólo es objeto receptivo de transmisión de la información lingüístico-cultural en sentido único. Surgen nuevas relaciones entre niños y adultos, y especialmente entre los mismos niños. Piaget habla de una evolución de la conducta en el sentido de la cooperación. Analiza el cambio en el juego, en las actividades de grupo y en las relaciones verbales. Por la asimilación del mundo a sus esquemas cognitivos y aptitudes, como en el juego simbólico, sustituirá la adaptación y el esfuerzo conformista de los juegos constructivos o sociales sobre la base de unas reglas. El símbolo, de carácter individual y subjetivo, es sustituido por una conducta que tiene en cuenta el aspecto objetivo de las cosas y las relaciones sociales interindividuales.

Los niños son capaces de una auténtica colaboración en grupo, pasando la actividad individual aislada a ser una conducta de cooperación. También los intercambios de palabras señalan la capacidad de descentralización. El niño tiene en cuenta las reacciones de quienes le rodean, el tipo de conversación "consigo mismo", que al estar en grupo (monólogo colectivo) se transforma en diálogo o en una auténtica discusión.

La moral heterónoma infantil, unilateralmente adoptada, da paso a la autonomía del final de este período.

IV. — PERÍODO DE LAS OPERACIONES FORMALES: LA ADOLESCENCIA

En oposición a la mayor parte de los psicólogos que han estudiado la psicología de la adolescencia, Piaget atribuye la máxima importancia, en este período, al desarrollo de los procesos cognitivos y a las nuevas relaciones sociales que éstos hacen posibles.

Desde el punto de vista del intelecto hay que subrayar la aparición del pensamiento formal por el que se hace posible una coordinación de operaciones que anteriormente no existía. Esto hace posible su integración en un sistema de conjunto que Piaget describe detalladamente haciendo referencia a los modelos matemáticos (grupo y red). La principal característica del pensamiento a este nivel es la capacidad de prescindir del contenido concreto para situar lo actual en un más amplio esquema de posibilidades. Frente a unos problemas por resolver, el adolescente utiliza los datos experimentales para formular hipótesis, tiene en cuenta lo posible, y ya no sólo —como anteriormente ocurría— la realidad que actualmente constata.

Por lo demás, el adolescente puede manejar ya unas proposiciones, incluso si las considera como simplemente probables (hipotéticas). Las confronta mediante un sistema plenamente reversible de operaciones, lo que le permite pasar a deducir verdades de carácter cada vez más general.

En su razonamiento no procede gradualmente, pero ya puede combinar ideas que ponen en relación afirmaciones y negaciones utilizando operaciones proporcionales, como son las implicaciones (si "a"... entonces "b"...), las disyuntivas (o "a"... o "b"...), las exclusiones (si "a"... entonces "no es b"...), etc. Y como en un fenómeno se dan diversos factores, aprende a combinarlos, integrándolos en un sistema que tiene en cuenta toda la gama de posibilidades.

J. Piaget no niega que las operaciones proposicionales vayan unidas al desarrollo del lenguaje, progresivamente más preciso y móvil, lo que facilita la formulación de hipótesis y la posibilidad de combinarlas entre sí. Cree, sin embargo, que la movilidad del lenguaje es, igualmente, un efecto de la operatividad del pensamiento como causa. En todo caso, se da una relación recíproca.

J. Piaget subraya que los progresos de la lógica en el adolescente van a la par con otros cambios del pensamiento y de toda su personalidad en general, consecuencia de las transformaciones operadas por esta época en sus relaciones con la sociedad. Piensa que hay que tener en cuenta dos factores que siempre van unidos: los cambios de su pensamiento y la inserción en la sociedad adulta, que obliga a una total refundición de la personalidad. Para J. Piaget la refundición de la personalidad tiene un lado intelectual paralelo y complementario del aspecto afectivo. La inserción en la sociedad adulta es, indudablemente, un proceso lento que se realiza en diversos momentos según el tipo de sociedad. Pero, como norma general, el niño deja de sentirse plenamente subordinado al adulto en la preadolescencia, comenzando a considerarse como un igual (independientemente del sistema educativo). De la moral de subordinación y heteronomía, el adolescente pasa a la moral de unos con los otros, a la auténtica cooperación y a la autonomía. Comprende que sus actuales actividades contribuyen a su propio futuro así como al de la sociedad.

Con las nuevas posibilidades intelectuales, que pueden englobar problemas cada

vez más generales, y dado su creciente interés por problemas de mayor alcance que el aquí y el ahora, comienza a buscar no ya unas soluciones inmediatas, sino que construye unos sistemas tendentes hacia una verdad más genérica.

La adolescencia es una etapa difícil debido a que el muchacho todavía es incapaz de tener en cuenta todas las contradicciones de la vida humana, personal y social, razón por la que su plan de vida personal, su programa de vida y de reforma, suele ser utópico e ingenuo. La confrontación de sus ideales con la realidad suele ser causa de grandes conflictos y pasajeras perturbaciones afectivas (crisis religiosa, ruptura brusca de sus relaciones afectivas con los padres, desilusiones, etc.).

II. — ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN H. WALLON

Al nacer, la principal característica del recién nacido es la actividad motora refleja. H. Wallon llama a este estadio *estadio impulsivo puro*. La respuesta motora a los diferentes estímulos (interoceptivos, propioceptivos y exteroceptivos) es una respuesta refleja. A veces parece adaptarse a su objeto (succión, prensión-refleja, etcétera), otras veces actúa en forma de grandes descargas impulsivas, sin ejercer el menor control en la respuesta, debido a que los centros corticales superiores aún no son capaces de ejercer su control. En este sentido, la forma más degradada de la actividad es la que posteriormente se da cuando queda abolido el control superior (en las crisis convulsivas, p. ej.). Cuando no se desarrolla normalmente el sistema nervioso, es la única respuesta, y sin posible progreso.

Los límites del primer estadio no son muy precisos. Con todo, aun apareciendo nuevos modos de comportamiento, H. Wallon no habla de nuevos estadios, sino cuando realmente ha prevalecido un nuevo tipo de conducta. Ha hecho retroceder a los seis meses lo que llama el *segundo estadio*, lo que no implica que necesariamente hasta los seis meses únicamente se den las respuestas puramente impulsivas del comienzo de la vida. Por el contrario, H. Wallon atribuye gran importancia a la aparición de las primeras muestras de orientación hacia el mundo del hombre; la alegría o la angustia, ya manifestadas a los tres o cuatro meses: sonrisas, cólera, etc. Pero hasta los seis meses ese tipo de relaciones con el mundo exterior no es el dominante, y así H. Wallon habla de un segundo estadio, o *estadio emocional*, cuya existencia niega J. Piaget basándose en que la emoción en sí nunca es dominante ni organizadora. H. Wallon caracteriza este estadio como el de la *simbiosis afectiva* que sigue inmediatamente a la auténtica simbiosis de la vida fetal, simbiosis que, por otra parte, continúa con la simbiosis alimenticia de los primeros meses de vida.

El niño establece sus primeras relaciones en función de sus necesidades elementales (necesidad de que le alimenten, le acunen, le muden, le vuelvan de lado, etc.), cambios que adquieren toda su importancia hacia los seis meses. En este estadio, tanto como los cuidados materiales, el niño necesita muestras de afecto por parte de quienes le rodean. Le son necesarias las muestras de ternura (caricias, palabras, risas, besos y abrazos), manifestaciones espontáneas del amor materno. Además de los cuidados materiales exige el afecto. Según H. Wallon, la emoción domina absolutamente las relaciones del niño con su medio. No sólo *extrae* unas emociones del medio ambiente, sino que tiende a *compartirlas* con su o sus compañeros adultos,

razón por la que H. Wallon habla de simbiosis, ya que el niño entronca con su medio, compartiendo plenamente sus emociones, tanto las placenteras como las desagradables.

El tercer estadio de H. Wallon es el llamado *estadio sensitivomotor o sensorio-motor*; coincide en parte con lo que dice J. Piaget, salvo que para H. Wallon, aparece al final del primer año o al comienzo del segundo. Según con lo que denomina "sociabilidad incontinente", el niño se orientará hacia intereses objetivos y descubrirá realmente el mundo de los objetos. H. Wallon concede gran importancia a dos aspectos diversos del desarrollo, el andar y la palabra, que contribuyen al cambio total del mundo infantil. El espacio se transforma por completo al andar, con las nuevas posibilidades de desplazamiento. En cuanto al lenguaje, la actividad artrofonatoria (espontánea, imitativa posteriormente), que supone una organización neuromotora sumamente fina, se convierte en una actividad verdaderamente simbólica. H. Wallon define la actividad simbólica como la capacidad de atribuir a un objeto su representación (imaginada) y a su representación un signo (verbal), cosa que ya es definitiva a partir de un año y medio o dos años.

En sus primeras publicaciones distingue el *estadio proyectivo*. Aunque en algunas de sus síntesis no lo menciona, con todo, es un estadio que posee considerable interés en la medida en que guarda relación con toda la concepción genética walloniana del paso del acto al pensamiento. Es el estadio en que la acción, en lugar de ser, como será más tarde, simplemente ejecutante es estimuladora de la actividad mental o de la que Wallon llama la conciencia. El niño conoce el objeto únicamente a través de su acción sobre el mismo, lo que nos retrotrae a la noción "epistémica" de egocentrismo de Piaget, ya que Wallon insiste en el aspecto de la importancia de la acción como postura, que durante algún tiempo oscurece lo demás. Las percepciones visuales carentes de la idea de resistencia y obstáculo serán los instrumentos fundamentales del posterior progreso de la "objetivación".

Mientras dura el estadio proyectivo, el niño siente una especie de necesidad de proyectarse en las cosas para percibirse a sí mismo. Quiere eso decir que sin movimiento, sin expresión motora, no sabe captar el mundo exterior. H. Wallon afirma que, primordialmente, la función motora es el instrumento de la conciencia, sin la cual no existe absolutamente nada. Al empezar su vida propiamente mental, el niño ha de tener el sistema motor a su entera y completa disposición. En ese estadio el acto es el acompañante de la representación. El pensamiento es como proyectado al exterior por los movimientos que lo expresan, y si se expresa menos en gestos que en palabras —palabras que, por lo demás, constituyen una repetición del gesto—, hemos de decir que no hay tal pensamiento. No subsiste el pensamiento si no se proyecta en gestos.

Un quinto estadio es lo que H. Wallon denomina *estadio del personalismo*. Tras unos claros progresos marcados por el "sincretismo diferenciado" (con los diversos matices de los celos o de la simpatía), el niño llega a prescindir de situaciones en que se halla implicado y a reconocer su propia personalidad como independiente de las situaciones. Llega a la "conciencia del yo" que nace cuando se es capaz de tener formada una imagen de sí mismo, una representación que, una vez formada, se afirmará de una manera indudable con el negativismo y la crisis de oposición entre los dos años y medio y los tres años. El hecho de que el niño tiene ya auténtica conciencia de sí mismo, lo da a entender, por primera vez, el excesivo grado de

sensibilización ante los demás; es la llamada "reacción de prestancia", el estar a disgusto o el sentirse avergonzado por lo que hace, cosa que de momento pone en entredicho su adaptación. Pasado el tiempo en que siente esta vergüenza característica motivada por el hecho de representarse a sí mismo tal como lo ven los demás, de verse como lo ven los otros, se afirmará y extraerá las consecuencias propias de su afirmación. Este desdoblamiento le permitirá adquirir conciencia de su propia personalidad y, de hecho, va a hacerla reconocer ante los demás. Para él lo más importante es afirmarse como individuo autónomo, para lo que son válidos todos los medios a su alcance. Afirmarse en la oposición o haciendo tonterías para llamar la atención es la reacción más elemental posible de ese nivel. Es de capital importancia comprender que para el niño significa que ha dejado de confundirse con los demás y que desea que los demás lo comprendan de este modo. Este importante período para el normal desarrollo de la personalidad suele comenzar por una fase de oposición y concluye con una fase de gratitud. Cuando ya ha adquirido plenamente la capacidad motora y gesticulatoria, el niño, que en un principio buscó su propia afirmación en la oposición puede ahora hacerse admirar, querer y ofrecerse a la vista de los otros.

Esta toma de conciencia de sí mismo es aún frágil. Se ha podido producir gracias a una serie de acciones en que alternativamente el niño se muestra activo o pasivo, cambia de papel, etc. Pero todavía se solidariza con la idea que tiene de sí mismo y con la "constelación familiar" en que está integrado. Cuando llega a la edad escolar, hacia los seis años de edad, posee los medios intelectuales y la ocasión de individualizarse claramente. La nueva vida social en que entra a formar parte al llegar la edad escolar le permite entablar nuevas relaciones con su entorno, relaciones cuyos lazos se van estableciendo progresivamente, pero se aflojan o fortalecen según los intereses o las circunstancias. Es la fase de *personalidad polivalente* en que el niño puede participar simultáneamente en la vida de diversos grupos sin hacer siempre la misma función ni ocupar el mismo puesto. Se convierte en una unidad que tiene abierto el paso a diversos grupos y que puede influir en ellos.

Se le abren las posibilidades de las relaciones sociales; H. Wallon recalca la importancia de los intercambios sociales para el niño en edad escolar primaria y los beneficios que le reporta. El trato favorece su pleno desarrollo y es cimiento del interés que, en el transcurso del tiempo, ha de tener por los demás y por la vida en sociedad, si sabe desarrollar el auténtico espíritu de equipo, el sentido de cooperación y solidaridad, y no el de denigración y de rivalidad.

Todavía hay una importante etapa que separa al niño del adulto: la adolescencia. H. Wallon subraya el *valor funcional de la adolescencia*, coincidiendo con otros en la importancia de la adolescencia para el desarrollo humano. Se ha dicho que la adolescencia es una etapa en que las necesidades personales adquieren toda su importancia, la afectividad pasa a primer plano y acapara todas las disponibilidades del individuo. Pero, como ha mostrado J. Piaget, esta etapa es la del posible acceso, intelectualmente hablando, a los valores sociales y morales abstractos. No hay que dejar pasar esta etapa sin interesar al adolescente en los valores, sin hacerle descubrir el deber de orientar la vida social hacia los valores espirituales y morales. El momento en que *puede* descubrirlo en el momento en que *tiene* que descubrirlo, ya que después será demasiado tarde. Hay un momento apropiado para el aprendizaje; es el momento de aprender todo cuanto ha de constituir la orientación de la vida del hombre para poder ser llamada verdaderamente humana. Es importante el valor funcional del acceso a los valores sociales. Hay que movilizar la inteligencia y la afectividad del adolescente, del joven adulto, hacia el acondicionamiento de una vida

nueva en que tendrá gran importancia el espíritu de responsabilidad tan esencial en una vida adulta plenamente realizada.

III. — EL DESARROLLO MENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis es una terapéutica y una doctrina basada en la obra de S. Freud. La parte doctrinal se modificó y perfeccionó al desarrollarse en función de nuevos conocimientos de su iniciador y continuadores. El psicoanálisis cambió la concepción del funcionamiento de la mente, según la psicología clásica. No pretendemos exponer el conjunto de esta doctrina, sólo comprensible con una lectura cronológica de la obra de Freud y de los puntos de vista exponentes de su evolución.¹

El psicoanálisis ha intentado valorar, en el funcionamiento de la psique, la importancia del inconsciente, y especialmente la de los impulsos —primordialmente los sexuales—, elaborando una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes: impulsos sexuales e instintivos, por ejemplo, contraimpulsos de origen social, principio del placer y principio de la realidad, etc.; igualmente, desde un punto de vista económico, según la cuantía de las fuerzas, fuerzas de impulsos y contraimpulsos, energía de los impulsos o energía de la carga afectiva, etc.; asimismo, desde un punto de vista tóxico, en función de problemas planteados por las estructuras del sistema psíquico, por la oposición consciente-inconsciente y por las instancias de la personalidad: el Ello, el Superego y el Ego. Todas estas nociones responden a la superestructura especulativa del psicoanálisis bautizada por S. Freud con el nombre de metapsicología. S. Freud utilizó algunos de estos principios tanto desde un punto de vista teórico como clínico o puramente técnico; son los principios de constancia (tendencia del organismo a reducir tensiones a su más mínimo grado y permanentemente posible), el principio de placer-displacer, el proceso primario, el principio de realidad (o de concordancia con las necesidades impuestas por el mundo exterior) y el impulso de repetición (tendencia a repetir las experiencias fuertes), prescindiendo de si los efectos de la repetición, que estarían más allá del principio del placer, sean favorables o nocivos.

Al leer los tratados de teoría psicoanalítica nos sorprende su riqueza, pero a veces nos decepciona por cierta vaguedad que evocan en nosotros con bastante simplificación. S. Leclair habla de “la persistente dificultad del psicoanálisis, que jamás podrá resolver institución alguna, debido, por una parte, a la degradación propia de una sistematización cerrada y, por otra, a la anarquía de los procesos intuitivos”. La

1. N. del A.: recomendamos particularmente las obras: O. Fenichel, *La teoría psicoanalítica de las neurosis*; D. Lagache, *El psicoanálisis*; R. Waelder, *Los fundamentos del psicoanálisis*; *La teoría psicoanalítica*, publicada bajo la dirección de S. Nacht; M. Robert, *La revolución psicoanalítica*, y la obra indispensable de J. Laplanche y J. B. Pontalis, *Vocabulario del psicoanálisis*; Hagera (H.), (dir.), *Conceptos psicoanalíticos básicos*, vols. I-IV. Sobre el desarrollo psicológico del niño desde el punto de vista psicoanalítico: F. Fornari, *La vida afectiva originaria del bambino*, y de V. Smirnoff, *El psicoanálisis del niño*; A. Aberastury, *Aportaciones al psicoanálisis de niños*, 1971, y, por supuesto, todas las obras de Anna Freud y Melanie Klein.

teoría psicoanalítica, dice este autor, ha de tener a la vista ambos escollos para evitarlos y saberse guiar con ellos.

Teniéndolo bien presente, expondremos esquemáticamente algunas nociones psicoanalíticas y la ontogenésis del desarrollo mental.

A. — ALGUNAS NOCIONES PSICOANALÍTICAS

I. — EL INCONSCIENTE

La característica del método psicoanalítico es haber sacado a la luz ciertas líneas dinámicas inconscientes organizadoras de la psique. El conjunto dinámico no es el resultado de una conceptualización satisfactoria en función de un postulado, sino una sistematización impuesta por una observación y una práctica. Según la doctrina freudiana, el inconsciente constituye el fondo de toda vida psíquica cuyos fenómenos conscientes no son sino simples manifestaciones. Es una doctrina revolucionaria frente a aquella que consideraba la conciencia como un sistema regulador esencial que nos es dada en un determinado momento de la vida y uno de los fundamentos de la organización psicológica del hombre. S. Freud no elude el problema de lo consciente, sino que lo inserta en un sistema de inconsciente-preconsciente-consciente, en que los fenómenos conscientes no son sino la parte más superficial de la vida psíquica. Los psicólogos y filósofos de la escuela clásica consideraban al hombre a través de cierta organización formal, realmente tranquilizante ya que atribuían una vida afectiva regida por sus propias leyes y unos principios generales de afectos y pasiones.

La noción de los procesos psíquicos inconscientes la encontramos en los primeros trabajos de S. Freud sobre la histeria. En sus estudios sobre los sueños juzga que puede darse un doble contenido, uno *manifiesto*, aparentemente absurdo, captado por la persona que sueña, y otro *latente*, cuyo sentido aparente disimula su propio contenido y se rige por la ley de los procesos primarios de *desplazamiento*, *condensación* y *simbolización*. Estos tres mecanismos hacen que el contenido latente se vuelva irreconocible. Los mecanismos constitutivos del proceso primario vuelven a aparecer en otras formaciones del inconsciente: actos fallidos, lapsus, etc.

Ha podido considerarse el inconsciente como un lugar psíquico, como un sistema con un contenido, con unos mecanismos y quizá con una energía específicos. Entre lo consciente y lo inconsciente se halla una barrera energética que S. Freud llama *censura*. S. Freud distingue dos tipos diferentes de representaciones no conscientes: las preconscientes, que fácilmente pueden convertirse en conscientes, y las inconscientes, positivamente rechazadas pero eficientes, determinantes de la elaboración de los sueños, por ejemplo, de los actos fallidos o de los síntomas neuróticos o psicóticos. El término inconsciente no designa simplemente los pensamientos latentes en general, sino especialmente los que poseen un carácter dinámico que, no obstante ser muy intensos y eficientes, se mantienen lejos de lo consciente. Durante mucho tiempo se quiso identificar lo inconsciente con lo rechazado, aun cuando S. Freud admitió la existencia de contenidos no adquiridos por el individuo, filogenéticos, que constituyen el núcleo del inconsciente. El rechazo nos lleva al representante psíquico del impulso, de suerte que la función del rechazo no es suprimir la representación nacida del impulso sino mantenerlo en el estado de representación inconsciente. El mantenimiento del rechazo precisa, por consiguiente, un permanente consumo energético. Lo rechazado ejerce una presión constante en la dirección de lo consciente, y éste, por una contrapresión equivalente, ha de mantener el equilibrio. El rechazo es el causante de la amnesia infantil —según esto, el olvidar los recuerdos de los primeros años no obedecería a la falta o abolición de una fijación de los recuerdos, sino que sería la consecuencia del rechazo—; también tiene que ver con el paso a lo inconsciente de algunos impulsos de la libido, tanto si su realización está vetada como si la angustia que producen es de una intensidad insostenible. A partir de 1920, S. Freud definió una segunda concepción del sistema psíquico, dándole el nombre de segundo tópico (el primero abarcaría los sistemas inconsciente, preconsciente y consciente, y el segundo el Ello, el Ego y el Superego); aun

cuando en los nuevos componentes advertimos las características del inconsciente de sus primeras descripciones, se les reconoce un origen y una parte conscientes.

II. — LOS IMPULSOS INSTINTIVOS² Y EL INSTINTO

El término *Trieb*, empleado por S. Freud, se ha interpretado en las traducciones como instinto y como impulso. De hecho, S. Freud empleaba los dos términos *Instinkt* y *Trieb*. Con la palabra “instinto” se ha querido calificar una conducta animal determinada por la herencia, característica de la especie, preformada en su desarrollo y adaptada a su objeto; e “impulso instintivo” para designar una carga energética no emanada del mundo exterior sino del mismo interior del organismo, representante psíquico de una fuente de estímulos endosomática permanente, presiones violentas asentadas en los organismos vivos e inherentes a ellos, como son las de la sexualidad, el hambre o el instinto de conservación del individuo. Los impulsos se definen por su fuente originaria, como un estado de excitación intracorpóreo; por su finalidad, consistente en buscar su satisfacción en la supresión del estado de tensión reinante en la misma fuente de los impulsos; por el objeto de estos últimos, factor variable que nada tiene que ver con el impulso si no es por la capacidad de producir satisfacción, objeto que puede ser tanto interno como externo.

La teoría de los impulsos de S. Freud es dualista. En su primera época enfrenta los impulsos del Ego o de autoconservación a los impulsos sexuales. Los impulsos del Ego responden a las necesidades y funciones indispensables para la conservación individual, como son el hambre y la necesidad de alimentarse. S. Freud postula que la libido es una energía, cuya base consiste en transformar los impulsos sexuales; una “manifestación dinámica en la vida psíquica del impulso sexual”. No se habla de una energía mental no específica; S. Freud siempre sostuvo el carácter sexual de la libido, y si se ha hablado de una libido “des-sexualizada” es por haber renunciado a una finalidad específicamente sexual. No podemos explicar la teoría del impulso sin contar con la evolución, la fijación y la regresión. Con la “catexis”, por otra parte, S. Freud distingue una libido cuyo objeto es la misma persona (libido del Ego o narcisista), o un objeto exterior (libido de objeto). La libido se vuelca en el Ego —narcisismo primario— antes de insuflar afectivamente a los objetos, pero también puede darse, igualmente, una acción de la libido de objeto en el Ego, que constituye lo que llamamos narcisismo secundario.

Posteriormente, las concepciones de Freud se complican dado que la acción de los instintos del Ego y la libido no parecen explicar la totalidad de casos clínicos observados. Al recordar que los instintos, última razón de ser de toda acción, son intrínsecamente conservadores y que todo estado tiende a rehacerse cuando se ha perdido, Freud señala junto a la libido un instinto de destrucción encargado de transformar en inorgánico todo lo que tiene vida, cuya manifestación clínica más llamativa es el masoquismo primario y la necesidad de repetición. Nuevamente veremos el doble impulso: por un lado, el impulso vital (el Eros), que encubre el impulso sexual propiamente dicho y el de autoconservación, y, por otro, el de muerte y destrucción, o Tánatos, impulso autodestructivo dirigido secundariamente contra el exterior y que se manifiesta como impulso de agresión o destrucción. En las funciones biológicas Freud piensa que estos dos instintos fundamentales son contrarios o se dan juntos. De esta forma, la acción de comer, por ejemplo, implica la destrucción de un objeto seguida de su asimilación; el acto sexual es una agresión deseosa de la más estrecha unión que darse puede. Muchos psicoanalistas no aceptan sino con reservas el instinto de muerte. Sin embargo, ha pasado a formar parte de la teoría de Melanie Klein.

Si la conducta instintiva se caracteriza, etimológicamente, por su rigidez y parece poco modificable en el tiempo, la conducta impulsiva —relativamente independiente de la acción externa— se adapta con más facilidad en algunos casos, madura en ocasiones por un desarrollo interno, y hasta cierto punto puede sufrir determinada transformación conjuntamente con la biológica. La teoría psicoanalítica ha querido ofrecer una cronología de este desarrollo estudiando unos estadios instintivos (oral, anal y fálico) en relación con las zonas erógenas.

2. Hace referencia a las pulsiones. (N. del T.)

III. — LAS TRES INSTANCIAS O SISTEMAS DE LA PERSONALIDAD

En su segundo tópico psíquico, S. Freud hace mención de tres lugares o sistemas de función psíquica, no aislados sino con una cierta configuración que les es propia y en los que toda la personalidad sólo tendrá cabida admitiendo la existencia de conflictos intersistémicos entre las diferentes instancias, o intrasistémicos entre las contradicciones derivadas del impulso en el interior de una misma instancia. Sobre esta base podemos estudiar los sistemas del Ello, del Ego y del Superego.

1.º *El sistema del Ello.* — El sistema del Ello correspondería fundamentalmente a la capa más antigua, el polo de los impulsos de la personalidad, que se confunde con los sistemas inconscientes de la primera teoría del armazón psíquico. No sería todo el inconsciente, pues, como se ha dado a entender, también una parte del Ego y del Superego forman parte del inconsciente. El Ello no es un simple almacén de impulsos, heredados e innatos, sino que comporta unos contenidos, producto de adquisición, pero rechazados. S. Freud señala que el Ello es la parte del inconsciente en que residen los instintos primarios, y está libre de las formas y principios constitutivos de la persona social consciente. No se ve afectado por el tiempo ni perturbado por las contradicciones; ignora los juicios de valor, el bien y el mal y la moral. Únicamente trata de satisfacer sus necesidades instintivas según el principio del placer. Si bien Freud afirma que el Ello es un caos lleno de una energía producida por los impulsos, pero carente de organización y de voluntad, no quiere eso decir que no posea una estructura específica. Como dice D. Lagache, el Ello tiene una estructura, más aún, es una estructura no homogénea ni coherente caracterizada por dominar en ella el principio del *displacer-placer*, o paso directo de la excitación a la descarga, proceso primario: predominio del deseo más fuerte e indiscriminación cualitativa que permite al placer desplazarse de una representación a otra, condensar diversas representaciones en una sola y combinar unos deseos que en sí son contradictorios, así como la defensa contra esos mismos deseos. En otras palabras, su característica es un pensamiento reconstruido calificable —en términos no freudianos— de confuso, sincrético o incontrolado. Si, hasta cierto punto, la idea del Ello parece estar basada en ideas biologizantes o naturalistas, sería un error reducir el Ello a necesidades instintivas de naturaleza propiamente biológica; para D. Lagache es más correcto admitir que la necesidad de los instintos en cuestión —de poder tener unos objetivos reales— tiende en las oscuridades del inconsciente hacia unos objetivos y unas finalidades ajenos a la realidad y “fantasmáticos”, propiamente hablando.

En resumen, junto con J. Laplanche y J. B. Pontalis, creemos que, desde un punto de vista económico, para S. Freud el Ello constituye el primer almacén de energía psíquica; desde un punto de vista dinámico, entra en conflicto con el Ego y con el Superego, y que, considerados genéticamente, constituyen a su vez sus diferenciaciones. La génesis de las diversas instancias aparece más bien como una progresiva diferenciación, como una emergencia de los diferentes sistemas, y en la idea de Freud se da una continuidad entre la génesis que va de la necesidad biológica al Ello y desde éste al Ego y al Superego.

2.º *El sistema del Ego.* — En relación con el primer tópico, podemos identificar el Ego con lo consciente o potencialmente consciente, en otras palabras, con lo preconscious; la actividad del Ego es consciente en cuanto representa la percepción externa, la percepción interna y el proceso intelectual, y desempeña una función en los intereses y sentimientos morales y estéticos; pero hay que admitir que la actividad del Ego puede ser preconscious, con posibilidad de llegar al campo de la consciencia cuando haga falta, y también puede ser inconsciente partiendo de las experiencias y sentimientos rechazados y, en cierta medida, de sus mecanismos defensivos.

El Ego asume la función autoconservadora, cumple la función de toma de conciencia de los estímulos externos y mediante su acción impone al mundo exterior los cambios que le favorecen. En cuanto a lo que sucede en su interioridad, asume su función conservando el control de sus exigencias instintivas, decidiendo si conviene satisfacerlas, postergando su satisfacción para el momento más favorable o suprimiendo por completo sus excitaciones. Entre las funciones del Ego se destacan la de la elección de los medios adecuados para conseguir un objetivo, la de buscar solución

nes, la de ejercer un control y ejercitar, de forma que algunos consideran estas funciones como guardianes de la función de esa ética sintética de la personalidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico no hemos de considerar al Ego como una parte racional y lógica de la personalidad en el sentido de la psicología clásica, aun cuando la estructura del Ego está dominada por el principio de realidad, o sea por un pensamiento objetivo, socializado, racional y verbal. El Ego tiene una función mediadora entre el Ello y el mundo exterior, entre el Ello y el Superego. Como señala S. Nacht, el Ego ha de superar en todo momento el triple temor a la realidad, al inconsciente elemental y al Superego. De esta forma se ha podido hablar de un Ego débil y un Ego fuerte: un Ego débil, temeroso de los impulsos del subconsciente, y un Ego fuerte que permite desarrollar con entera libertad los impulsos compatibles con el principio de realidad y capaz de adecuar los restantes a sus intereses. Su idea del Ego no es comprensible al margen de sus mecanismos de defensa, de sus técnicas para defenderse de las exigencias de los impulsos. S. Freud considera que la producción de reacciones de angustia es una de las más importantes funciones del Ego. Aparece la angustia siempre que el Ego siente su integridad amenazada por peligros internos o externos, ocasionados por la misma intensidad de las demandas instintivas, como por el hecho de que las demandas instintivas fuerzan al individuo a entrar en conflicto con su entorno, porque las exigencias de los instintos llevan al sujeto a un conflicto con su Superego. El rechazo es uno de los mecanismos de defensa del Ego, pero hay otros, como son la denegación, la proyección, la formación reaccional, la anulación retroactiva, etc.

Considerando que la estructura psíquica del Ego procede de una progresiva diferenciación que ha tenido su punto de arranque en el Ello, puede presentarse como si el Ego fuera el resultado de un proceso de diferenciación en que el Ego se convierte en una organización sumamente estructurada y opuesta al Ello. Según H. Hartmann, el desarrollo del Ego es el resultado de tres factores: las características del Ego hereditario, los influjos de los impulsos instintivos y el influjo de la realidad exterior. Según este autor, E. y M. Kris y R. Loewenstein diferencian el Ego del Yo, que es la persona en su totalidad, en tanto que el Ego es una instancia psíquica que se define por sus funciones. Estos autores piensan que no puede darse un confrontamiento entre instinto y realidad y convertirse seguidamente en origen de nuevas estructuras sin la existencia previa de determinadas funciones sensoriomotrices: acción y pensamiento, inhibición y defensa, carácter, función organizadora y sintética. De ahí procede la teoría de H. Hartmann acerca de los factores autónomos del Ego; formulada en estos términos, atribuye al Ego un origen doble: nacido de los impulsos, por un lado, e instrumental, por otro, lo que hace aceptar la existencia de una parte innata del Ego y de una zona no conflictiva del Ego existente desde el nacimiento y de una energía neutra. A pesar de su origen no en los impulsos y de su relativa independencia, los factores autónomos del Ego —siempre en opinión de Hartmann— están orientados por la necesidad en los primeros estadios del desarrollo, que posteriormente pueden ser involucrados.

3.º *El sistema del Superego.* — Siempre se ha considerado que el Superego es una modificación del Ego por interiorización de las fuerzas represivas con que se encuentra el individuo en su desarrollo. El Superego viene detrás de lo que S. Freud denomina ideal del Ego o ideal personal del Ego, y tiene su razón de ser en la Facultad autoobservadora y en la consciencia. Alexander y otros autores mantienen ambas acepciones, designando el ideal del Ego las aspiraciones conscientes del individuo y el del Superego sus correspondientes aspectos inconscientes. El papel del Superego viene a ser el de juez o censor del Ego. Su acción se manifiesta en la consciencia moral, en la autocritica, en la prohibición, y funciona en oposición a la gratificación de los impulsos o enfrentándose a las defensas que el Ego opone a dichos impulsos. El Superego se forma al identificarse el niño con sus progenitores idealizados y, posteriormente, con la autoridad o la ley de que es depositario.

Para S. Freud, la formación del Superego va a la par que el declive del complejo de Edipo; el niño renuncia a satisfacer sus deseos edipianos anatematizados y transforma su carga afectiva hacia los padres en una identificación con ellos; e interioriza la prohibición. El padre se torna en guía moral y cualquier imperativo toma por modelo la primitiva prohibición. Melanie Klein admite que la formación del Superego es anterior, no en la forma estructurada de consciencia moral, sino como dimensión inconsciente y fantasmática de la función prohibitiva o destructora de los padres. Otros

autores consideran que existen otros diversos antecedentes del Superego, asentados en el Ego y que se apoyan fundamentalmente en las vicisitudes de los impulsos instintivos; equivocadamente se atribuyen unas prohibiciones defensivas del Ego a una acción propia del Superego, que proporciona un material del que el mismo Superego se forma, pero que en los primeros estadios todavía no se ha transformado en autocritica. Según R. Spitz, hay dos formas de acercarse al problema del Superego: el primero entiende que el Superego está presente en forma primitiva desde el primer momento, y el segundo se basa en la idea de los núcleos del Ego primitivo que, progresivamente, se van diferenciando y sintetizando; el Superego viene a ser una institución mental de muy compleja organización, irrealizable si en la totalidad del Ego no existe una importante organización. R. Spitz, partidario de la segunda opinión, señala tres grupos primordiales que acaban pasando a formar parte del Superego: antiguas experiencias de acción física inhibida y facilitada; tentativas de dominio por identificación con las acciones de los progenitores, y una identificación con el agresor, en particular, a nivel ideativo del "no" de los padres.

Ciertos autores admiten la existencia de diferentes componentes del Superego que se fusionan, componentes cuyos elementos se originan en las relaciones objetales pre-edipianas y se funden en una unidad funcional al resolverse y dominar el complejo de Edipo (P. Kramer):

- El ideal del Ego que representa el objetivo por el que lucha el Ego, derivado de impresiones infantiles de un padre omnipotente o de la que el niño quiere que el padre sea. Un estado de armonía entre el ideal del Ego y el Ego mismo se experimenta como una satisfacción del Yo narcisista y un sentimiento de orgullo.
- El Superego prohibitivo que se opone a las aspiraciones del Ello, exigente, duro y punitivo; su prototipo es la odiada figura del padre, que se muestra prohibitivo y lleno de energía agresiva.
- El Superego benigno, próximo al ideal del Ego, tiene su origen en la imagen de unos padres amantes y reconfortantes, especialmente la madre. Posee una energía que poco o nada tiene que ver con los impulsos agresivos y está amorosamente unido al Ego.

IV. — LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL

La descripción de la evolución funcional del niño replantea desde un punto de vista dinámico y estructural, las nociones clásicas de la libido y del Yo.

Podemos preguntarnos en qué medida el desarrollo funcional y el aumento del campo espacial perceptivo-motor dependen de necesidades pulsionales o de características congénitas. Para H. Hartmann, los mecanismos de la percepción, la motricidad, etc., que sirven de base para las funciones del Yo, parecen activados en el niño por necesidades pulsionales, sin que éstas los originen; parcialmente innatos, forman parte de las características congénitas del Yo. Sin embargo, tanto el aspecto determinado en función del Yo, como el que aparece en función del Ello corresponden, en realidad, a dos fases de un mismo desarrollo; por lo tanto, la formación de las relaciones de objeto puede ser abordada en función de las necesidades libidinales; mientras que el aspecto cognitivo y el perceptivo del proceso pueden ser abordados en función del Yo.

Es cierto que el aumento del campo perceptivo-motor con su corolario, la diversidad de organización, resultan influenciados por la existencia de una primera época durante la cual el binomio pulsión-satisfacción tan sólo pudo adoptar formas poco variadas. Se va creando así un modelo según el cual la pulsión encontrará o no satisfacción, sea mediante la consecución de su fin principal, sea mediante la realización de actos sustitutivos (manipulación de objetos, primeras actividades perceptivas, primeros deseos alucinados, conocimiento de las partes del cuerpo). Con el transcurso de la maduración se constata una continuidad en la vida de relación merced a la persistencia de la forma misma de la realización del principio de placer.

Para comprender la evolución del niño, la noción de libido como hipótesis de trabajo guarda todo su valor si la consideramos como noción operativa. La libido se manifiesta a través del comportamiento por ella dirigido y del que, por lo tanto, no es preciso separar. El comportamiento libidinal del recién nacido se reduce casi a la práctica de la actividad oral, la única investida en esta época. La posibilidad de desplazamiento amplía su campo de acción y crea nuevas, catexias lábiles variables al principio, pero que luego se consolidan.

Tras los primeros investimentos o catexias, se desinvisten progresivamente algunas actividades realizadoras o cognitivas a medida que el sujeto evoluciona hacia la edad adulta, conservando únicamente la llamada catexia energética fija (M. Gressot). La capacidad de invertir y de desinvertir sin angustia proporciona al sujeto la libertad suficiente para que pueda elegir la forma de obtener la satisfacción. Por ello, lo característico de la normalidad es encontrar la felicidad tanto en la realidad como en lo imaginario, tanto en lo evolucionado como en lo más primitivo.

¿En qué momento tiene lugar la aparición del Yo? En nuestra opinión, no se puede hablar de pre-Ego, ni de protoesquema corporal, a menos que estos términos se refieran al cuerpo mismo. Desde el punto de vista de los fenómenos observables, sólo se puede hablar del Yo a partir del momento en que se han cumplido determinadas condiciones:

- La actividad del lactante está vinculada directa y obligatoriamente a estimulaciones actuales. No se trata de un mero condicionamiento sino de una cierta forma de utilización de la experiencia. La evolución perceptivo-motriz nos permite entender esta adaptación ya que vemos cómo el lactante pasa del condicionamiento de señales a la diferenciación epicrítica de ciertas formas valorizadas.

- En el mismo sentido, la aprehensión de estas formas y las manipulaciones de los objetos concurren a la formación del binomio antitético: Yo (conciencia de mi existencia) y objeto exterior a mí, que se oponen a los elementos protopáticos anteriores. Sin embargo, estos fenómenos protopáticos aparecen más tarde de nuevo en los mecanismos de introyección y de rechazo.

- Por lo tanto, la existencia del objeto y la existencia del Yo son constituyentes del fenómeno de la angustia (pérdida del objeto, peligro de destrucción del Yo). La actividad del Ego disminuye la angustia y constituye un mecanismo de defensa primitivo.

En nuestra opinión, no se puede concebir el Ego como un aparato de síntesis que aparece en un momento de la maduración, ni tampoco como la simple adición de mecanismos animados por una cierta cantidad de energía. Como señaló S. Freud, el Yo es la forma misma de la organización de las fuerzas pulsionales y contrapulsionales en la relación de objeto. Se trata pues, de una estructuración en el tiempo que no puede ser aislada del pasado. Esta estructura adquiere su forma a medida que se va organizando. El Yo no es ni un sistema elemental ni una organización apical, sino que entra en el marco madurativo de la relación, y estamos de acuerdo con ciertos autores cuando se muestran contrarios a la tendencia implícita a considerar el Yo, el Ello y el Super-Ego como órganos. "Casi llegarían a ser personas en la persona humana";... "No hay entidad psíquica, sólo existen procesos psíquicos" (S. Nacht). Las investigaciones deberán orientarse hacia el estudio de estos procesos y de su manera de organizarse en el tiempo.

A lo largo de nuestra descripción, hemos utilizado a menudo las fórmulas de "necesidad", "placer" y "displacer" porque permiten seguir con mayor facilidad, el comportamiento del niño desde un punto de vista objetivo.

De hecho, las nociones de placer y displacer, de bienestar o de sufrimiento que se emplean con tanta facilidad tienen significados muy distintos. Th. Szasz considera que con el término de placer se describen varias cosas, por ejemplo la ausencia de dolor, el placer de dominio y el placer de funcionamiento. El placer es también un estado del Yo y puede implicar igualmente comunicación, la petición de no cambiar o la tendencia a conservar una relación. El placer puede existir en cuanto signo o señal y puede formar parte de la función anticipadora de los afectos, S. G. Joffe y J. Sandler distinguen por un lado el estado ideal de bienestar vinculado a la dinámica del funcionamiento del Yo y por otro, la obtención de placer asociada a la descarga instintiva.

Igualmente, con el sufrimiento (el dolor), se puede proceder, según Th. Szasz, a una conceptualización a tres niveles jerárquicos distintos: en el primero, el concepto de dolor es una señal de amenaza a la integridad estructural y funcional, fenómeno que ya puede considerarse una comunicación, un mensaje que el cuerpo envía al Yo; en el segundo nivel, el dolor se manifiesta en una situación en la que están presentes varias personas; es la expresión de una petición de ayuda; en el tercer nivel, se trata de una comunicación entre el Yo y una persona del exterior, un dolor en el que no hay referencia al cuerpo, predominando el aspecto comunicativo; el dolor

sería en este caso una acción del Yo contra el peligro de perder el objeto. W. G. Joffe y J. Sandler, estudiando el problema de la relación de objeto y del sufrimiento, consideran que el sufrimiento refleja la diferencia entre el estado real del Sí mismo y el estado ideal deseado, que admiten podría basarse en el recuerdo de un estado de satisfacción anterior o en fantasmas cuyos determinantes pueden ser múltiples; estos autores admiten que cuando se ha perdido un objeto querido, no sólo tiene lugar la pérdida del objeto en sí, sino también la pérdida del aspecto de Sí-mismo complementario al objeto y el estado afectivo del bienestar íntimamente ligado a él. Lo que pierde el niño cuando la madre se aleja, no es sólo la madre sino también el bienestar implicado en su relación con ella.

Según M. Schur, los principios de placer y de displacer deben ser abordados como experiencia de regulación y como experiencia afectiva y, por lo tanto, se puede considerar la compulsión de repetición como un aspecto de la expresión de placer o de displacer, y no del principio de placer en cuanto principio de regulación.

J. Lacan ha insistido con interés en sus estudios, sobre la distinción a establecer entre la necesidad y el deseo. A. Green ha ilustrado claramente la posibilidad del equívoco a que puede llegarse entre la necesidad y la satisfacción o la insatisfacción. Según este autor:

- Lo que crea la insatisfacción de la necesidad no se anula con la satisfacción de la necesidad. Esta proposición no pretende afirmar que la necesidad no llega a satisfacerse nunca, sino que, en esta situación, se origina otro campo de acción. Junto al movimiento que determina una impulsión (creada por la insatisfacción de la necesidad) se abre una esfera que le acompaña ya que, para que el impulso sea percibido, debe adquirir significado por intermedio de signos: gritos, llanto o agitación; a ellos se añade algún elemento del significante. La experiencia inmediata no los distingue porque aparecen muy unidos entre sí, pero de hecho, constituyen dos campos heterogéneos entre sí, y poseen una finalidad distinta. Mientras que la respuesta que realizará la satisfacción, la hace desaparecer, los signos tendrán una evolución distinta, ya que serán dotados de sentido por el Otro.

- Lo creado por la satisfacción de la necesidad no desaparece cuando desaparece la satisfacción de esta necesidad.

¿Qué sucede entonces cuando se ha producido la respuesta adecuada para hacer desaparecer la insatisfacción de la necesidad?

Ésta no se limita a una abolición de las tensiones a consecuencia de la cual el sujeto en estado de plenitud sería colmado por todos sus poros y quedaría repleto como una esponja con las donaciones del Otro. De hecho, el alivio de la tensión (el cese del displacer) es diferente del placer; lo importante es que esta no-equivalencia aparezca en el momento en que ambos fenómenos coinciden. Todavía, entonces están tan estrechamente unidos entre sí los dos órdenes de fenómenos que se confunden; por lo tanto, la aparición del placer crea un campo homólogo al del significante ya que con el placer aparece la posibilidad de desear. Así, para A. Green, el placer —y la posibilidad de desearlo— dan origen al Yo mediante dos acciones que tienen lugar al unísono: por un lado, el Yo se revela a sí mismo (se autodescubre) como formación excéntrica, el sujeto se sitúa en el movimiento alternante entre centralización y descentralización; por otro lado, el deseo determina en el sujeto una retroacción de la satisfacción. Esta concepción abre, sin ninguna duda nuevos campos a la investigación.

V. — LOS ESTADIOS DE LA EVOLUCIÓN LIBIDINAL

Tanto en sus primeros momentos como a lo largo de su expansión, el psicoanálisis ha estado influido por los movimientos evolucionistas. S. Freud consideraba muy importantes los aspectos filogenéticos y la evolución temporal del sistema psíquico en general, fundamentalmente de la libido.

Aun cuando en sus primeros trabajos confirió la absoluta primacía a lo genital, posteriormente introdujo los estadios pregenitales (oral, anal, fálico).

La fase oral responde al placer del niño por excitación de la cavidad bucal y los labios, placer que se produce al ingerir alimento. El placer oral no sólo va unido a la función nutritiva sino que también tiene efecto al excitarse la mucosa oral, tegumento erógeno. Si bien el primer objetivo del erotismo oral lo constituye la excitación autoerótica, posteriormente lo será la incorporación de objetos. Al incorporarlos se une a los objetos; la introducción por la boca es también el ejecutante de la primitiva identificación. En la fase oral pueden distinguirse dos etapas: un estadio precoz de succión pre-ambivalente, en que el niño únicamente busca el placer de succionar, y otro posterior a la aparición de los dientes, y en el que sólo desea morder el objeto (K. Abraham). Este estadio, denominado sádico-oral, es una acción de morder y devorar que implica la destrucción del objeto.

La fase sádico-anal se da entre el segundo y el cuarto años, aproximadamente, y se caracteriza por una organización de la libido que va unida a la evacuación y excitación de la mucosa anal. Los primeros impulsos anales son, por descontado, autoeróticos, pero el placer que le supone el eliminar —como posteriormente, la retención— adquieren significado estrechamente relacionado con la función defecatoria, la expulsión-retención, y el valor simbólico de las heces. K. Abraham distingue dos períodos en esta fase. En el primero, el erotismo anal se manifiesta en la evacuación y el impulso sádico en la destrucción del objeto. En el segundo, el erotismo anal va unido a la retención y el impulso sádico al control de su posesión.

La fase fálica aparece entre los tres y los cinco años. Los órganos genitales se convierten en la zona erógena principal. La tensión se descarga mediante la masturbación genital acompañada de imágenes. Durante la fase fálica es cuando se vive de manera especial el complejo de Edipo, complejo que está formado por la suma de deseos amorosos y hostiles del niño hacia sus progenitores. En su forma positiva, al niño se le ofrece como un conflicto entre sus tendencias libidinales más o menos genitalizadas, tendentes a poseer a la madre en exclusiva, y la culpabilidad que siente al desear la desaparición del padre, su rival, para conseguir lo primero. El angustioso temor a la castración le hace renunciar a la posesión exclusiva de la madre. La llamada forma negativa del complejo de Edipo implica la atracción hacia su progenitor del mismo sexo y el odio por celos al de sexo contrario. De hecho, ambas formas aparecen en diversos grados en el llamado complejo de Edipo pleno o total. En la niña, la evolución hacia el padre, mucho más compleja, se va abriendo camino por las decepciones en la relación con la madre, fundamentalmente por la carencia de pene. El deseo de tener un pene, viene a ser reemplazado por el de tener un hijo del padre.

El final del complejo de Edipo señala la aparición de un período de latencia en el que el desarrollo sexual se detiene o sufre una regresión temporal. El declive responde en el niño a la imposibilidad de realizar el doble deseo amoroso y criminal. D. Lagache piensa que corresponde a una disminución de la intensidad de los impulsos debido más bien por la cultura que por el crecimiento biológico. El niño olvida la "perversión polimorfa" de los años anteriores y contra los impulsos desarrolla la ética de la moral social. S. Freud admite que dicha evolución, condicionada por el organismo y fijada por la herencia, puede producirse en ocasiones sin que tenga que ver nada la educación. Mientras se resuelve el complejo de Edipo, se producen importantes cambios. El rechazo será especialmente activo durante la latencia y los mecanismos de identificación se mostrarán muy activos; al no poder suprimir al molesto rival, el niño tiende a identificarse con él, que es una forma de no perder de vista su objetivo edípico de conquista del progenitor del otro sexo, ya que trata de obrar como el triunfador. La gran ventaja evolutiva del proceso de identificación consiste en que el niño acepta diferir la realización de sus deseos. Seguidamente se producen una serie de desplazamientos sucesivos de los afectos hacia nuevos objetos, así como un juego de defensas contra los mismos afectos, ya sean positivos o negativos; el más evolutivo de dichos desplazamientos y defensas lo forman las *formaciones de reacción* que originan posturas contrarias y una verdadera distribución de las energías impulsivas. El rechazo de los impulsos sexuales entra en un terreno "neutro", "no conflictivo", que favorece las adquisiciones educativas y desarrolla los intereses cognitivos.

En la fase genital, el impulso sexual, hasta este momento fundamentalmente autoerótico, descu- brirá en esta fase el objeto sexual a cuya realización cooperan todos los impulsos parciales y se

subordinan las zonas erógenas a una primacía de la zona genital. Durante este período el Ego luchará contra los impulsos y tenderán a reaparecer las tendencias rechazadas: se entabla la lucha contra antiguas catexis, contra los padres como objeto de amor, para escapar del estado de dependencia. Tanto durante este período como durante la adolescencia, como dice S. Freud, el ser humano se halla ante la gran tarea de desligarse de los padres, y hasta que no lo haya logrado no dejará de ser un niño para pasar a convertirse en un miembro más de la sociedad. Ello implica un trastrueque total, cuyo resultado depende de las soluciones que se le hayan dado al complejo de Edipo en el momento de declinar éste.

La investigación psicoanalítica no se reduce, desde el punto de vista genético, a un estudio de la evolución de los diversos estadios tal y como se ha indicado. Partiendo de los estudios de psicoanálisis infantiles, una nueva ontogénesis basada en la labor de S. Freud sabrá valorar diversas formas de organización de la totalidad del sistema psíquico, investigaciones tendentes, fundamentalmente, al estudio de la organización pregenital, en sus primeros momentos.

B. — LAS APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA ETAPA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

1.º El desarrollo prenatal

Casi todos los psicoanalistas piensan que el niño, al nacer, es un organismo psicológicamente indiferenciado y sostienen con S. Freud que durante este período no hay propiamente conciencia. Freud ha precisado que, durante la vida intrauterina, la madre no es un objeto para el feto, y que en ese momento para él no existe objeto alguno. E. Krapf opina que el feto manifiesta todo tipo de tendencias primitivas, y que la anoxia fetal no sólo es el punto de partida del dolor "subjetivo" que constituye la angustia, sino incluso la acción "objetiva" de la locomoción que es la huida. P. Greenacre admite que la observación del recién nacido hace tener en cuenta una precoz predisposición a la angustia, por lo que este autor juzga que la constitución, las experiencias prenatales y la situación inmediatamente posterior al nacimiento contribuyen a crear una preangustia, esquema de conducta que será utilizado en las auténticas manifestaciones de angustia posteriores. Algunos autores, como W. Greene, admiten que puede existir una especie de percepción de objetos en los períodos prenatal y natal, una a cargo del sistema vascular del feto que se halla "fuera" del feto, y otra a cargo de la superficie y límites del mismo feto, que recibe repetidos estímulos vibratorios. Y es posible que el feto pueda aprender a leer el ritmo fisiológico de la madre. Este tipo de percepciones de objetos podrían servir de modelo a todas las percepciones subsiguientes.

2.º Cambios neonatales

Evidentemente, el paso de la vida amniótica a la vida aerobia constituye una importante transformación desde el punto de vista biológico; el corte del cordón umbilical no es un simple fenómeno simbólico sino que implica una modificación en el campo de la organización fisiológica del recién nacido. Otto Rank, admitiendo que el nacimiento es un profundo choque tanto en el plano fisiológico como el psicológico, consideraba que el traumatismo del nacimiento crea una reserva de angustia, y que toda angustia posterior tiene sus raíces en la angustia del momento de nacer. Desde este punto de vista, la angustia es una energía casi mensurable. Durante algún

tiempo S. Freud estuvo tentado de compartir la opinión de O. Rank, pero posteriormente se rebeló contra sus ideas, aun aceptando que en el nacimiento existía un riesgo objetivo para la conservación de la vida y admitiendo que, en cuanto a los cambios corporales, el nacimiento podía tener algo que ver con la ansiedad.

3.º La estructuración mental durante el primer año

El psicoanálisis infantil y los nuevos métodos de observación a partir de bases psicoanalíticas han abierto una nueva vía no sólo al problema terapéutico que existe, sino también a una forma más profunda de concebir las hipótesis sobre el desarrollo del niño, las cuales se basaban hasta entonces en métodos de reconstrucción a partir del análisis de los adultos. Estas investigaciones confirmaron la importancia de las organizaciones precoces y pusieron de manifiesto la importancia que debía otorgarse, en esta organización, a la angustia (como ya había señalado S. Freud), a la relación de objeto, a los fantasmas precoces, etc. Sobre bases relativamente nuevas se ha reconsiderado la cuestión de las instancias tales como el Yo y el Superyo y se ha situado toda la organización pre-edipiana. En numerosos trabajos, se ha puesto de manifiesto la importancia no solo de las necesidades nutritivas en cuanto tales, sino también de las interacciones entre el lactante y el medio ambiente, en el campo del "maternizaje" (necesidad general que sobrepasa las simples satisfacciones nutritivas) y de la antigua noción de "diada", es decir del grupo madre-hijo en el que los primeros lineamientos se encuentran en el denominado "pareja de amamantamiento".

C. — DISTINTAS APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA ESTRUCTURACIÓN MENTAL PRECOZ

Los problemas se centran en la relación entre la madre y el lactante.

Los escritos de S. Freud acerca de la significación de la relación lactante-madre son dispersos y algo contradictorios; dejaron la puerta abierta a una división teórica de la literatura psicoanalítica sobre los orígenes y el desarrollo de dicha relación. Según M. D. S. Ainsworth, algunos teóricos siguen tradicionalmente el énfasis de S. Freud sobre la labilidad de los objetos y su punto de vista de que el lactante adquiere a la madre como objeto, por el hecho de que de su dependencia con respecto a ella obtendrá la gratificación de sus necesidades. Este grupo de teóricos considera que el desarrollo de las relaciones objetales se halla estrechamente unido al desarrollo del Yo y, por consiguiente, depende de la adquisición de estructuras cognitivas que no se hallan presentes al principio de la vida; esta concepción sigue la tradición de la Psicología del Yo. Otro grupo de teóricos, que se basa implícita o explícitamente en la idea de S. Freud de un fundamento filogenético, considera que las relaciones de objeto son primarias y no secundarias o adquiridas; esta segunda tradición teórica se define a sí misma como "teoría de las relaciones de objeto".

La primera corriente sigue a Anna Freud; entre aquellos que han estudiado directamente al lactante y desarrollado una teoría de la estructuración mental precoz y de la relación de objeto, cabe destacar a R. Spitz. La otra corriente está dirigida por Melanie Klein.

En Francia, S. Lebovici y R. Diatkine utilizan algunas aportaciones de autores diversos, sin dejar por ello de tener sus opiniones particulares.

D. V. Winnicott ocupa un lugar aparte entre los psicoanalistas de niños. Sus intuiciones geniales fascinan, pero nos preguntamos hasta qué punto son transmisibles; le han permitido entrar en el mundo del niño, pero su único sistema es la intuición.

En cuanto a J. Bowlby, ha intentado abordar el problema de la primera etapa del desarrollo teniendo en cuenta los conocimientos biológicos actuales.

I. — EL DESARROLLO MENTAL SEGÚN R. SPITZ

1.º *Los organizadores.* — Según R. Spitz, existen diversas líneas de desarrollo que en determinados períodos se unen para formar unos nudos u "organizadores del psiquismo". Este autor considera al organizador como un modelo útil para la comprensión de determinados fenómenos del desarrollo psíquico, justificado por el hecho de que un paso acertado de una fase a otra hace de catalizador para avanzar en el desarrollo infantil.

El "índice" del *primer organizador* es la aparición de la respuesta de la sonrisa que no es sino un síntoma visible de la convergencia de impulsos corrientes del desarrollo dentro del aparato psíquico.

La angustia del octavo mes indica la aparición del *segundo organizador*. Es una nueva etapa del desarrollo infantil durante la cual la personalidad y la conducta del niño efectuarán un cambio radical.

El dominio del "No" (a través de gestos y palabras) tiene consecuencias de gran alcance para el desarrollo mental emocional del pequeño; presupone que ha adquirido su primera capacidad de juicio y de negación. R. Spitz lo considera el *tercer organizador*.

Desde el punto de vista del concepto de organizador, los dos primeros pertenecen al campo de las descargas de impulsos por la acción; el tercero instituye la primacía de la comunicación, que sustituye cada vez con más fuerza a la acción.

R. Spitz ha estudiado el objeto de la libido, y a través de su estudio, la organización del Ego y la génesis de la angustia.

2.º *Formación del objeto libidinal.* — La idea de objeto en psicoanálisis tiene su origen en la idea freudiana de pulsión: la pulsión "puede tener su objeto en el objeto de la pulsión, o gracias a él", pero el objeto se define igualmente como medio contingente de la satisfacción. S. Freud cree que el objeto es un factor variable no forzosamente externo, que cambia con los cambios de la pulsión. El valor que atribuye a la idea de objeto y a la evolución del establecimiento de una relación objetal ha dado origen a numerosos estudios que han sido analizados por M. D. S. Ainsworth (1969), S. Lebovici y cols. (1972), etc.

R. Spitz ha mostrado varias fases de dicha evolución (estadio preobjetal, estadio del objeto precursor y estadio del objeto libidinal).

a) *Estadio preobjetal* (en el nacimiento). — En el estadio preobjetal únicamente se observan fenómenos de descarga en relación con el displacer. Lo contrario es la quietud. Las funciones de defensa corren a cargo de un agudo umbral de percepciones, que actúa como barrera biológica contra los estímulos. Hasta el inicio del 2.º mes, el recién nacido sólo reconoce la señal del alimento cuando tiene hambre. No reconoce el biberón ni el seno si no se le introduce en la boca. Por consiguiente, a esa edad únicamente responde a un estímulo externo, en función de una percepción interoceptiva, o sea, en función de la percepción de un impulso inhabitual.

b) **Estadio del objeto precursor (de 3 a 6 meses).** — Su reacción es muy particular y específica. El pequeño reacciona sonriendo a la cara del adulto, con tal de que se le presente de cara y vea perfectamente los ojos en movimiento. Tanto da una persona u otra, incluso puede ser una máscara formada por ojos, nariz y frente, pero que tenga siempre algún movimiento. Es una especialísima *Gestalt* de la señal. A esa edad la cara es para el niño más bien una cosa, pero tiene su máxima importancia en el rostro de la madre, que ha entrado ya en la genealogía del objeto libidinoso que se desarrollará. Este período constituye el paso de lo que responde a la percepción interior de la experiencia hacia la percepción exterior de los estímulos. Señala también un rudimentario inicio del Ego; representa la transición de la pasividad a la actividad dirigida (comunicación madre-hijo sobre la base afectiva de placer-displacer) y forma las premisas de ulteriores relaciones sociales. Pasado el tercer mes, el niño manifiesta su disgusto cuando su acompañante le abandona, y no cuando se le quita un objeto. Al cumplir los 6 meses manifestará su desazón cuando se le quite un juguete. Entre los seis y ocho meses distingue entre amigos y desconocidos.

c) **Estadio del objeto libidinal (de 8 a 10 meses).** — El niño se angustia cuando se acerca un extraño (la angustia típica del octavo mes). Se produce una reacción de disgusto cuando la madre le deja momentáneamente. Ya está constituido e identificado el objeto de su libido —la madre—. Seguramente la reacción de angustia ante una persona extraña se debe a que no se sacia su deseo de ver a la madre. La cara de la persona extraña la compara con la materna. La ve diferente y, por consiguiente, la rechaza. Tenemos una nueva función del Ego que va unida al juicio. El niño ha sabido hallar su acompañante con quien traba relaciones objetales, en el sentido literal de la palabra. Pasado el octavo mes, el niño agarra los objetos a través de los barrotes de la cuna (hasta este momento únicamente agarraba lo que tenía en ella a su alcance). En ese momento aparece igualmente la capacidad de elegir entre las cosas y utiliza el primer útil. Entre los ocho y los diez meses empieza a imitar verdaderamente, imitación sobre la base afectiva de las relaciones con su madre, y el balbuceo, relacionado con el objeto de la libido.

3.º **Aparición de la angustia.** — Spitz analiza la aparición de la angustia en el niño relacionada con la formación del objeto, y la distingue de las simples reacciones a estímulos. Inicialmente las respuestas son específicas:

— *A lo largo del 2.º y el 3.º mes* se muestran claramente las respuestas de placer o displacer, frente a los concretos estímulos ambientales.

— *Entre los 6 y los 8 meses* aparecen muestras de ansiedad, fenomenológicamente despreciativas, cuando se acerca una persona extraña (angustia del 8.º mes). Por esta época el niño puede tender la mano al volverse de espaldas al desconocido.

Los estados de tensión, los fenómenos de descarga y las manifestaciones de displacer —según Spitz— se distinguirán fenomenológicamente de la ansiedad propiamente dicha, que no aparecerá hasta el tercer trimestre, y ello por dos razones:

a) **Una razón estructural.** — Se experimenta la angustia en el propio Yo, pero no existe el Yo en el momento de nacer. Únicamente se puede tener angustia en la segunda mitad del primer año. Hasta ese momento los estados de tensión fisiológica responden a difusos mecanismos de descarga neuromuscular caracterizados por un desborde de tensión. En ese momento puede haber conflictos entre las mismas tendencias, entre sus diversos constituyentes, entre la totalidad y las exigencias ambientales; pueden tener su origen en la sujeción del sistema o en la frustración senti-

mental. La angustia propiamente dicha aparece en el estadio en que, debido a la formación del Ego, aparece una nueva fuente de conflictos entre éste y el Ello.

b) **Razón teórica de la libido.** — Hasta el momento de formarse el Ego, la organización infantil está en un plano narcisista. Se realiza la percepción en función de los diferentes aspectos de las necesidades. Se percibe el objeto en función de la necesidad interna. Este período está carente de objeto. Posteriormente se sigue, durante un período de transición, la formación de *preobjetos*. Éstos todavía están faltos de atributos objetales; carecen de rostro y sólo son una función. En el tercer trimestre, como ya indicamos, aparecerán los auténticos objetos, que continúan formando parte del Ego recién fundamentado. La pérdida de dichos objetos disminuye el Ego y constituye un grave trauma narcisista. La inminente amenaza de perderlos constituye la angustia.

En este estadio se reconoce el objeto en la forma de la cara. La proximidad de una persona extraña acaba con la esperanza del retorno de la madre, y reactiva la angustia que sintiera el niño al dejarle ésta a solas. Sobre la base de este principio, la angustia se convierte en señal de peligro, y aparece en toda situación en que el Ego se encuentra con cualquier situación interna o externa.

4.º **Funciones del Ego.** — Según R. Spitz, la configuración de la personalidad del recién nacido en su primer año corresponde a la carencia de una estructura psíquica perfectamente clara. Al igual que S. Freud, cree que el recién nacido no posee un Ego, ya que no puede manipular los estímulos percibidos, de los que se halla perfectamente resguardado por un alto umbral perceptivo. Al irse desarrollando posteriormente, aparecerán ciertos esbozos del Yo, que formarán su núcleo (sea un ejemplo el de los grupos de comportamiento centrados en la toma de alimento). Dichos núcleos se relacionarán con lo que el autor llama “elementos de primer orden”³ (la función sintética del Ego, p. ej.). Durante la fase preobjeto se produce en la somatopsique una reestructuración; el Ego y el Ello se separan, y el rudimentario Ego comienza a funcionar, o sea, hacia los tres meses se produce una importante operación integradora, uniéndose varios núcleos diferentes del Ego en una estructura más compleja, un rudimentario Yo. Cada Ego concreto se estructura y organiza según se hayan controlado los estímulos procedentes tanto del interior como del exterior, y mediante la formación de un Yo corporal que obedece la voluntad del niño y se convierte en instrumento de realización de sus intenciones. A la espera de que se desarrolle una estructura organizada del Ego, la madre se encarga de realizar las funciones del Ego infantil; la madre puede considerarse como su “Ego externo”.

II. — LA ESTRUCTURA MENTAL PRECOZ SEGÚN MÉLANIE KLEIN Y SU ESCUELA

Mélanie Klein ha franqueado una nueva etapa en la concepción psicoanalítica del desarrollo infantil, dedicándose a estudiar lo que Freud denominaba “aire oscuro y lleno de sombras”.

Mélanie Klein admite la existencia de un Ego provisto de algunos elementos de integración y coherencia desde los comienzos del desarrollo, y considera que se produce el conflicto antes de que esté muy avanzado el desarrollo del Ego y de que se halle firmemente formada la facultad de integrar el proceso psíquico.

3. “Le primordia”. (En el texto.)

Se opone a Anna Freud, que mantiene que "es discutible la posibilidad de que se produzcan conflictos entre las necesidades hijas de los impulsos del tipo contradictorio de amor-odio, libido-destrucción, antes de que esté ya formado un Ego central capaz de integrar los procesos psíquicos o poco después".

Según Melanie Klein no se puede comprender la raíz del Ego, instrumento de su formación, sino por los mecanismos de introyección y proyección, mecanismos de carácter precoz. Evidentemente, el Ego no comienza a existir como entidad perfectamente establecida. Se desarrolla gradualmente por repetición de experiencias y en forma desigual en sus diversas funciones desde la base de los procesos generales de todo organismo vivo, como son incorporación y expulsión. El Yo está expuesto a la angustia provocada por la dualidad de impulsos, y cuando el niño se encuentra con la angustia que producen los instintos de muerte, el Ego desvía dicha angustia y la transforma en agresión. El Ego hace el papel de transformador y proyector de la agresión en el seno materno, primer objeto exterior con que se tropieza, de manera que las nociones de Melanie Klein sólo son aceptables admitiendo una relación de objeto muy especial y precoz.

La idea de objeto que nos ofrece Melanie Klein viene determinada por necesidades físicas, impulsos y fantasmas. Los fantasmas sirven de soporte a la representación de la necesidad y el objeto infantil será todo lo que esté dentro o fuera de su propio cuerpo. Mientras dura la fase oral, el objeto que aparece como fantasma vuelto hacia el interior es vivido por el niño como seno "bueno" o "malo", según su necesidad oral encuentre su satisfacción o no. El objeto es tratado al mismo tiempo tanto en el interior —"Ego"— como en el exterior —"No Ego"—, a pesar de estar en el exterior haciendo referencia a la persona y dependiendo de ella.

Mientras para S. Freud el Superego es el heredero o sucesor del complejo de Edipo, para Melanie Klein se trata de una estructura elaborada durante toda la época infantil y que se inicia con la introyección del seno materno. Se comprende el Superego si admitimos una rica actividad imaginaria inconsciente, un objeto imaginario y un impulso primitivo de destrucción que Melanie Klein identifica con la tendencia de muerte freudiana. De esta forma, existe un complejo de Edipo precoz en el niño de un año aproximadamente; la ansiedad producida por el comienzo del conflicto de Edipo se traduce por el miedo a ser devorado y destruido. El niño quiere destruir el objeto de la libido mordidiéndole, devorándolo y haciéndolo añicos, lo que produce una ansiedad, porque tras despertarse las tendencias edípicas se da la introyección del objeto, que se convierte en ese momento en alguien del que cabe esperar un castigo. El niño teme un castigo proporcionado a la ofensa; el Superego se transforma en algo que muerde, devora y corta. El Superego será una estructura elaborada en la niñez y que tiene su punto de partida en la introyección del seno de la madre. El Superego bueno —objeto interno bienhechor— actúa como un estimulante para el desarrollo del Ego y le permite expansionarse y progresar mientras el Superego amenazador no le impida actuar.

No se comprende el pensamiento de Melanie Klein si se hace caso omiso de su personal idea de desarrollo, su actitud frente a determinados conceptos, como objeto parcial, dualidad impulsiva y vida fantasmática.

Sabemos que Melanie Klein, en vez de hablar de estadio, habla de "posición", mezcla de angustia y defensa que, con unos inicios precoces, aparecen y reaparecen en los primeros años infantiles y en determinadas circunstancias de la vida de adulto.

S. Freud admitió la idea de objeto parcial, y R. Abraham explicó la oposición parcial total en la evolución de las relaciones de objeto; Melanie Klein, por su parte, admite que el objeto parcial puede tener alucinaciones o fantasmas (seno u otra

parte cualquiera del cuerpo) y estar dotado fantasmáticamente de caracteres semejantes a los de una persona; por ejemplo, ser bueno o malo, ser introyectado como sentido individual con el carácter de realidad interna, o proyectarse hacia un objeto externo para crear un objeto ideal. En cierto modo, el objeto se convierte en un representante del Ego, y dichos procesos son causa de la identificación por proyección o identificación proyectiva, presentándose la identificación proyectiva a la introyectiva como dos procesos complementarios.

Melanie Klein admite y amplía el concepto de bipolaridad de los instintos postulado por S. Freud: instinto vital, por una parte, e instinto de muerte, por otra. La acción del impulso de muerte no doblegada exteriormente y su función interior no están aislados de la acción simultánea del impulso vital. La tendencia hacia la muerte es el primer factor para determinar la angustia, pero mientras S. Freud no considera el temor a la muerte como una angustia fundamental, Melanie Klein piensa que si suponemos la existencia de una tendencia a la muerte, con ello entendemos que en el fondo de nuestra psique existe una respuesta a dicho impulso en forma de miedo a perder la vida. El peligro ocasionado por la función interna del impulso de muerte es raíz fundamental de la angustia y, dado que durante toda la vida persiste la lucha entre los impulsos de vida y muerte, jamás se elimina la raíz de la angustia y entra como componente en todas las situaciones angustiosas. El autor admite que quienes causan la angustia y la culpabilidad son la interacción entre la agresividad y la libido y, en resumidas cuentas, la fusión y polaridad de dos impulsos. En tal interacción, la libido puede suavizar los impulsos de destrucción. El perfecto equilibrio en la interacción entre la libido y la agresividad implican que la angustia causada por la constante erosión del instinto de muerte, aun cuando nunca desaparezca por completo, se contrapesa con el poder del instinto de vida.

S. Freud describió ya un tipo de alucinaciones primitivas que cabe considerar como precursoras del fantasma, al suponer que la primera respuesta del recién nacido con hambre y sin comida es materializar con alucinación la idea de estar comiendo, es decir, insistir en un recuerdo alucinatorio de un momento anterior que le había dejado satisfecho. La escuela kleiniana admite, al igual que S. Isaacs, que la primera y original actividad psíquica, ordinariamente inconsciente, es "el fantasma inconsciente". No hay impulso, necesidad o respuesta de impulsos que no sea vivida como fantasma inconsciente. Isaacs considera que el fantasma inconsciente tiene como primer objeto el cuerpo y representa las finalidades impulsivas hacia los objetos, tendencias de la libido y de destrucción, pero, desde muy temprana edad, se elabora como defensa, como satisfacción de deseos y como contenido de la angustia. La base de la vida fantasmática son la satisfacción imaginaria de los deseos, de identificación de los primeros momentos, la introyección y la proyección. Mediante la experiencia externa los fantasmas surgen y pueden expresarse, pero su existencia no depende de dicha experiencia. Para S. Isaacs, el fantasma no depende de las palabras, aun cuando en algún momento pueda expresarse oralmente. Los primeros fantasmas son vividos como sensaciones y posteriormente adoptan la forma de representaciones plásticas que representan un drama. Los fantasmas inconscientes son prácticamente "indecibles", y las emociones inconscientes, "inefables" (J. Rivière), pero en los niños no son patológicos, aun cuando dependa del posterior desarrollo el que un niño logre o no adquirir la normalidad del adulto.

Los fenómenos de progresión y regresión presentan las pruebas suplementarias de la dualidad de impulsos que rigen calladamente la vida humana; hay analistas que ven la regresión en términos de libido, mientras que los seguidores de Melanie Klein admiten cambios correlativos en los impulsos destructores o, lo que es lo mismo, el

retorno a arcaicas finalidades anteriores. La recurrencia de primitivas finalidades destructoras es el principal factor determinante de la aparición de la enfermedad mental (P. Heimann y J. Rivière).

Podemos preguntarnos si la regresión no constituye un fracaso de la libido, que no puede dominar los impulsos destructores y la angustia que produce la frustración; pero no se concibe la idea de destrucción en el sentido que le da Melanie Klein, si prescindimos también de la actividad reparadora. La fuerza de los impulsos creadores y generadores les viene en parte de las tendencias reparadoras nacidas de la angustia depresiva. Comienza a producirse por sentimientos y fantasmas, y cierta dosis de culpabilidad y angustia estimula la reparación y favorece la sublimación, mientras que el exceso de tales sentimientos la paraliza. Al producirse la regresión se perturban las finalidades reparadoras.

La identificación con la imagen de los padres se da en todos los grados del desarrollo, desde el de la primitiva identificación narcisista hasta la del pleno amor objetal. Lo que constituye la diferencia entre el primer tipo de identificación y el último es el poder renunciar a un impulso instintivo en aras del sustituto del objeto.

En el curso del desarrollo se dan ciertas "posiciones", especialmente la posición esquizoparanoide y la depresiva. Con la posición esquizoparanoide, esto es, en los primeros meses de vida, el niño no se relaciona con los demás como personas humanas, sino como objetos parciales. Pero en presencia de la angustia producida por los instintos de muerte, el Yo la desvía y la transforma en agresión. Por un proceso divisorio, se proyecta la agresión al seno materno, que se convierte en un seno perseguidor, objeto malo que parece perseguir al niño; ahora bien, una parte de la agresión permanece favorable al niño, que la vuelve contra el perseguidor. La libido también se proyecta hacia un objeto exterior para crear un objeto ideal, el seno bueno. El Yo establece una relación con dos objetos resultantes de la partición del objeto anterior: el seno ideal y el seno perseguidor.

Así se establece una constante fluctuación entre el temor a los objetos malos internalizados o externalizados, entre los instintos de muerte que actúan en el interior y los que son proyectados al exterior. Aparece un importante aspecto de la interacción, y esto desde el inicio de la vida, entre la proyección y la introyección. La "oposición depresiva" es posterior; se da la fase en que el niño ya puede reconocer al objeto como una totalidad y no parcelada. La angustia persecutoria de la posición paranoide viene a ser sustituida por una angustia totalmente centrada en el temor de que los impulsos destructores pudieran destruir o haber destruido el objeto amado del que depende de manera tan absoluta. Incorporándolo, lo protege contra sus propias tendencias destructoras. La introyección permite proteger el objeto bueno frente a los impulsos destructores representados no sólo por los objetos malos externos, sino, incluso, contra los objetos nefastos interiorizados.

Aunque es difícil criticar la coherencia del sistema de Melanie Klein, numerosos psicoanalistas han discutido la validez de sus nociones.

Melanie Klein y su escuela no oponen sus teorías a las de S. Freud, ya que no contradicen ninguno de sus principios fundamentales, al tiempo que profundizan alguna de las ideas apenas abordadas por Freud. Sin embargo, se han puesto muchos reparos a la metapsicología de Klein. Ya hemos visto que existen grandes divergencias entre los psicoanalistas. R. Waelder y otros admiten que la teoría de un impulso de muerte entra en un plano de consideraciones de biología general, mientras que el impulso de destrucción es aceptable sólo en una teoría clínica o psicológica, pero es inaceptable dicha hipótesis si no se acepta el primitivo impulso de muerte. E. Glover ve una contradicción entre unas fórmulas tan elaboradas acerca

de la vida psíquica del recién nacido, capaz de percibir, por una parte, las relaciones sexuales de sus padres, y lo que la más sencilla observación, por otra, nos enseña sobre el rudimentario inicio de pensamientos que se adivina en dicho período. Para este autor, en la nueva metapsicología se confunden literalmente impulsos encaminados hacia el objeto, objetos libidinales y fantasmas, mediante los que existe la posibilidad de reconstruir la naturaleza de las relaciones objetales; recuerda la fundamental distinción entre representaciones mnésicas, por una parte, asociadas a una gratificación auténtica o a una gratificación alucinatoria, y, por otra, los fantasmas conscientes e inconscientes. Cree que el desarrollo del fantasma será posterior al conocimiento del objeto. S. Lebovici y R. Diatkine no conciben el estudio del comportamiento instintivo infantil sin tener en cuenta la elaboración del objeto y los primeros núcleos del Ego. La relación objetal diferenciada se funda a partir del momento en que el objeto materno no es ya simplemente funcional y puede ser objeto de alucinación. Hasta ese momento, la relación preobjetiva, anaclítica y en vías de diferenciación, no se hace patente, sino en períodos de necesidades. Con todo, hemos de señalar que S. Lebovici admite que la búsqueda del objeto precede a su percepción, mientras que la teoría del narcisismo conduce a una proposición inversa, es decir, la búsqueda del Yo funda el objeto; ambas situaciones se confunden el primer día en que el estado narcisista define claramente la vida del recién nacido. W. H. Gillespie cree que es una falsedad lógica el razonamiento de S. Isaacs, que admite que los fantasmas son los representantes mentales de un impulso instintivo, lo que hace suponer que, al aceptar la existencia de unos impulsos desde nada más nacer, el fantasma también comenzará a tener realidad en ese momento. Es admisible que el fantasma tenga una base en impulsos instintivos, pero de ello no se deduce que cada vez que se ponga en actividad un impulso haya de ir acompañado de fantasmas. Muchos autores consideran que los fantasmas captados al tratar al niño pequeño, responden a la descripción de M. Klein, pero no son sino una reconstrucción que parte de experiencias vividas. Así, R. Diatkine y J. Simon reconstruyen fantasmas inconscientes, en todo conformes a las descripciones de Melanie Klein, en el contenido latente de las producciones de una niña de 4 años; pero a continuación se preguntan acerca de la organización de estos procesos inconscientes y especialmente acerca de la articulación entre la posición esquizoparanoica y la posición depresiva. Según ellos, ambas forman parte de una estructura cuyos elementos no son disociables. La separación y la identificación proyectiva sólo se pueden entender como procesos defensivos, a partir del momento en que la catexia se hace continua, tanto en su dimensión objetal como en la narcisista. A partir de este momento la ambivalencia de la relación de objeto reemplaza lo que al principio no era más que alternancia entre estados agradables y desagradables, modificada progresivamente por la capacidad de alucinar el recuerdo de la satisfacción. A partir del deseo así constituido se organiza el objeto, pero su constitución como manantial permanente de placer y de displacer reorganiza fundamentalmente las actividades psíquicas anteriores, dirigiéndolas contra las consecuencias depresivas de la dependencia con respecto al objeto. R. Diatkine y J. Simon ven en esta elaboración teórica la justificación de sus posiciones acerca de los objetivos estratégicos del psicoanálisis. Según ellos, importa mucho más permitir a los pacientes una mejor elaboración de las contradicciones entre distintos sistemas, que la liquidación de una angustia que está vinculada de manera específica a una fase de la evolución.

Nuestra opinión es que en la obra de M. Klein hay importantes aportaciones a la metapsicología de los primeros meses del niño. Es probable que las vivencias destructivas o aniquilatorias del paso de un estado de ser a uno de disgregación existan muy

tempranamente; nos parece aceptable, igualmente, la importancia que la autora atribuye a la idea de objeto parcial, tanto en el plano perceptivo como en el fantasmático, pero los objetos parciales aparecen como totalidades parciales, y la totalidad conocida o percibida no responde a una suma de objetos parciales sino a una totalidad en que algunas "funciones parciales" tienen un carácter aislante, valorizadas durante la evolución como catalizadores de las aportaciones percibidas posteriormente o concebidas por separado de una totalidad que se está organizando. Las críticas a la fantasmaticización precoz dan en el vacío si únicamente se tiene en cuenta la realidad del objeto y no se establece una distinción entre objeto real, imaginario o simbólico. Evidentemente, antes de la aparición de la "permanencia del objeto", en el sentido que le da J. Piaget, pueden existir objetos fantasmaticizados sin la forma ni la consistencia de los objetos que posteriormente nos imaginaremos. Es posible, e incluso probable, que el niño viva en un mundo de omnipotencia, de peligrosos cataclismos, y que desde muy tempranamente perciba fantasmas devoradores y destructivos. Pero lo que no podemos hacer es retrotraer forzosamente toda la idea del Edipo a esta edad. Ciertamente que la vida fantasmática del niño está cuajada de inefables vivencias, pero no es menos cierto que una cierta aproximación a ese inefable mundo posea unas características adultomorfas. Se hace difícil aceptar unos fantasmas como el de la incorporación oral del pene paterno o la idea de un mal objeto visto a través de un seno maligno, idéntico al pene paterno e incorporado por la madre, pues si lo suponemos así imaginamos una realidad, cuyo entramado tardará algún tiempo en conocerse y cuya representación es imposible a no ser que se acepte —con absoluta formalidad, cosa todavía no demostrada— la existencia de indicios mnésicos de imágenes heredadas o válidas filogenéticamente. Aun cuando fuere cierto, esos indicios de carácter hereditario, no vividos ni sentidos hasta el momento, no podrían tomar en la vida desde tan temprana edad un valor real tan concreto como el que les da Mélanie Klein.

III. — POSICIÓN PARTICULAR DE D. W. WINNICOTT RESPECTO AL PSICOANÁLISIS DEL NIÑO

Todos los autores hacen referencia a D. W. Winnicott actualmente pero, como señala M. M. R. Khan (1971), cuando intentamos dar la categoría de conceptos a las deducciones que obtiene de su experiencia clínica, deformamos el estilo de su pensamiento con nuestra mentalidad dogmática; sus abstracciones corresponden más exactamente —y de forma intencionada— a lo que Nietzsche llamó "ficciones reguladoras".

D. W. Winnicott describe, durante la primera fase del desarrollo del niño, un fenómeno psicológico en la madre que llama "preocupación materna primaria" que se desarrolla progresivamente hasta alcanzar su mayor grado de intensidad durante el embarazo y especialmente al final del mismo, permaneciendo hasta unas semanas después del nacimiento del niño; esta preocupación no suele ser recordada por la madre tras su recuperación. El autor compara este estado al de un ensimismamiento, de disociación, a una fuga, e incluso a un trastorno más profundo como el de un episodio esquizoide durante el cual predomina temporalmente uno de los aspectos de la personalidad. Considera que la madre debe ser capaz de alcanzar este grado de hipersensibilidad —de enfermedad, casi— para restablecerse luego; es decir, que una madre debe estar muy sana para poder alcanzar este estado y para curarse cuando el

niño la libera de él. La madre que ha alcanzado la "preocupación materna primaria" proporciona al niño las condiciones necesarias para que pueda empezar a manifestarse su constitución, para que se desarrollen sus tendencias evolutivas; condiciones en las que podrá experimentar sus movimientos espontáneos y vivir con plenitud las sensaciones propias de este período primitivo de la vida.

Según D. W. Winnicott, en la primera infancia, al niño le suceden cosas buenas y cosas malas que superan ampliamente su capacidad. De hecho, durante este período de la vida se establece la capacidad de reunir factores externos en el campo de la omnipotencia del niño. Los cuidados maternos, apoyando el Yo, permiten que el niño viva y se desarrolle, aunque no es capaz todavía de dominar lo que de bueno y de malo hay en su entorno, ni de sentirse responsable de ello siquiera. De hecho, no todo lo que hay de bueno o de malo en el entorno del niño es una proyección; paradójicamente, sin embargo, para que se realice el desarrollo normal del niño, todo tiene que adoptar la forma de una proyección. En la primera infancia, constatamos la omnipotencia y el principio de placer tales como son en los otros; podemos añadir a esta observación que el conocimiento de un verdadero "no-Yo" es una cuestión de intelecto, pues depende de la capacidad de la elaboración y de la madurez del individuo.

El lactante y la atención materna forman una unidad. Ambas cosas, el lactante y los cuidados maternos, se desenredan y se disocian a lo largo de una evolución normal y, en cierta medida, la salud mental dependerá de que la asistencia materna se separe del lactante del esbozo de un niño en evolución. D. W. Winnicott profundizó particularmente en el tema de la dependencia completa en el estadio en el que el lactante existe únicamente en función de la asistencia materna con la que forma un todo. Los hijos del hombre solamente pueden empezar a *ser* en ciertas condiciones; el que los niños empiecen a *existir* de forma diferenciada depende de que las condiciones sean favorables o no. El potencial innato de un niño puede llegar a ser un niño solamente cuando va estrechamente unido a la atención materna. Los cuidados satisfactorios de los padres empiezan por un estadio de mantenimiento ("holding"), expresión que denota que se lleva al niño físicamente, pero que también designa todo lo que le proporciona el medio ambiente anteriormente al concepto de "vida común" (implicando este último estadio las relaciones objetales y salida del niño de este estado de fusión con su madre, así como su percepción de los objetos como exteriores al *self*). En el estado de "sostenimiento" el proceso primario, la identificación primaria, el autoerotismo y el narcisismo primario constituyen realidades auténticas. A lo largo de esta fase el niño se halla primero en un estado de "dependencia absoluta", es decir que carece de medios para reconocer los cuidados maternos, que son sobre todo una cuestión de profilaxis; no puede adquirir el dominio de lo que está bien y de lo que está mal hecho; sólo está en situación de sacar provecho o sufrir una perturbación. Después, en un estado de "dependencia relativa" el niño es capaz de enterarse detalladamente de los cuidados maternos que necesita; además, puede relacionarlos con los impulsos personales. Por último, al desarrollarse "hacia la independencia" adquiere los medios de prescindir de tales cuidados; lo consigue a través del almacenamiento de los recuerdos de dichas atenciones, de la proyección de sus necesidades personales y la introyección de los detalles de los cuidados; al mismo tiempo se desarrolla su confianza en el medio ambiente; a ello hay que añadir otro factor; la comprensión intelectual y sus innumerables implicaciones.

D. W. Winnicott se dedicó a estudiar las distorsiones del Yo en función del *self* verdadero y del falso. El *self* verdadero es, en el estado más primitivo, la posición teórica de la que proviene el gesto espontáneo y la idea personal; el gesto espontáneo

neo es el verdadero *self* en acción. Únicamente el *self* verdadero puede ser creador y sentido como real; proviene de la vida de los tejidos corporales y del libre juego de las funciones del cuerpo; está estrechamente vinculado a la idea del proceso primario; sólo llega a ser una realidad viva cuando resulta de la respuesta repetida de la madre al gesto espontáneo o a la alucinación sensorial del lactante. En el transcurso de los acontecimientos son posibles dos vías de evolución; en unos casos la adaptación de la madre es suficientemente buena y, en consecuencia, el lactante empieza a creer en la realidad exterior que aparece y actúa como por magia; partiendo de ahí el lactante puede renunciar progresivamente a la omnipotencia, el *self* verdadero es espontáneo y los acontecimientos exteriores se adaptan a esta espontaneidad. Ahora el niño pequeño comienza a disfrutar de la ilusión de la creación y del control omnipotente y luego es capaz de reconocer el elemento ilusorio, el hecho de jugar y de imaginar. En esto estriba el fundamento del símbolo. En otros casos, no es suficientemente buena la adaptación de la madre; no se inicia el proceso que conduce a la capacidad de utilizar símbolos; el lactante se somete y un falso *self* sometido reacciona a las exigencias de un medio ambiente que, el lactante parece aceptar. M. Mahler halla similitud entre el desarrollo del *self* falso y lo que llama el comienzo de mecanismos "como si".

IV. — UNA NUEVA FORMA DE REFLEXIÓN EN EL MARCO DE LA DOCTRINA PSICOANALÍTICA: J. BOWLBY

J. Bowlby (1958), partiendo de una revisión crítica de la literatura psicoanalítica, estima que las hipótesis emitidas sobre el origen y la naturaleza del vínculo niño-madre se pueden clasificar (a nuestro entender, artificialmente) desde cuatro puntos de vista, y que podrían ser los siguientes:

- resultado de la satisfacción que la madre realiza de las necesidades fisiológicas, particularmente, la nutrición y el calor: *teoría de la pulsión secundaria*, es la teoría que S. Freud defendió con más amplitud y a continuación Anna Freud y su escuela. Podemos añadir que un gran número de psicoanalistas actuales están a favor de esta teoría (S. Lebovici y cols., 1972).
- tendencia innata a entrar en relación con el seno humano, a succionarlo y poseerlo: *teoría de la succión primaria del objeto*. Es la tesis que, en gran parte, sostiene Melanie Klein y su escuela;
- tendencia innata a entrar en contacto y agarrarse a un ser humano: *teoría de tendencia primaria a aferrarse*. Esta teoría se incluye en la "relación de objeto de amor primario" de M. y A. Balint en la que se observa la influencia de los psicoanalistas húngaros de los años 30, en particular de I. Hermann;
- búsqueda del retorno al útero materno: *teoría de la nostalgia primaria del regreso al útero*, que es esencialmente una de las hipótesis de Melanie Klein.

La succión primaria de un objeto y, la tendencia primaria a agarrarse a un objeto son las teorías más próximas a las hipótesis de J. Bowlby: cada una postula una propensión autónoma a conducirse de una forma determinada con los objetos que tienen ciertas propiedades; J. Bowlby discute y rechaza la teoría de la pulsión secundaria y niega la teoría de la nostalgia primaria de regreso al útero materno por considerarlas redundantes e inaceptables biológicamente.

La tesis fundamental de J. Bowlby, tal como la enunció en 1958, es que la adhesión de un lactante a su madre se origina en ciertos sistemas del compor-

tamiento característicos de la especie, relativamente independientes entre sí al principio, que aparecen en momentos diversos, se organizan alrededor de la madre como objeto principal y que actúan vinculando el niño a la madre y la madre al niño. Este autor ha descrito cinco sistemas que contribuyen originariamente a la unión, a saber: succionar, cogerse, seguir, llorar y sonreír. En el curso del desarrollo se integran y se centran en la madre, formando así la base de lo que llama "la conducta de unión". En su nueva formulación (1969), J. Bowlby sostiene todavía que éstos son importantes, pero introduce un modelo de sistema de control y postula que aproximadamente entre los 9 y 18 meses los sistemas más simples de comportamiento se incorporan a sistemas dirigidos hacia un fin, organizados y activados de tal manera que el niño tiende a mantenerse cerca de su madre. Como señala M. D. S. Ainsworth (1969), mientras que en 1958 describió su teoría como una teoría de respuestas intelectuales componentes, su nueva formulación adopta las características de una teoría del control del comportamiento de unión.

En la concepción de J. Bowlby, afectos y emociones son los "procesos de apreciación": la información aferente tanto si se refiere al estado del organismo como al estado del medio ambiente, debe ser interpretada y apreciada para ser útil; los sentimientos —término que utiliza J. Bowlby para abarcar los efectos y las emociones— son procesos importantes de apreciación, aunque no todos son sentidos, es decir, conscientes.

¿Qué ha sido de la "pulsión" en la nueva hipótesis de J. Bowlby? Como dice M. D. S. Ainsworth, J. Bowlby se interesa tanto en las condiciones intra-orgánicas como las ambientales que activan y terminan los sistemas del comportamiento, tanto si un sistema conductual particular opera como *pattern* de acción fijada como si se organiza en la jerarquía de un plano, no aumenta la posibilidad de comprender que se postula la pulsión. La motivación está implícita en el sistema de conducta. No es útil postular múltiples pulsiones, una para cada componente del comportamiento; es una redundancia postular una pulsión de conjunto que abarque todos los comportamientos regulados por un "fin organizado" común.

Sin llegar al extremo de seguir a G. Chiland (1972) en su rechazo categórico de las formulaciones de J. Bowlby, ni decir con ella que J. Bowlby no ha tenido en cuenta las críticas que le hace esta autora a J. Bowlby por la escasa importancia que parece otorgar a la vida fantasmática de la madre y del lactante. Con C. Chiland se puede también destacar que la "unión", sinónimo de "amor", no explica la ambivalencia del lactante en términos de introyección y rechazo, así como de amor y odio.

Según S. Lebovici y cols. (1962), J. Bowlby intentó demostrar que los lazos instintivos preceden a los lazos objetales, y estos autores ven en ello una dicotomía entre el instinto y la relación objetal que no cabría en una teoría coherente del psicoanálisis; también le reprochan que disminuya la importancia que posee la madre en la constitución de lazos objetales y que no tenga suficientemente en cuenta la noción de prematuridad del lactante humano; por último, piensan que el trabajo de J. Bowlby está basado esencialmente en la transposición al hombre de conductas de apariencia instintiva observadas en los animales.

Que J. Bowlby subraye la precocidad (relativa) de la participación activa del bebé no implica que subestime la importancia de la madre; además, la última década ha sido fértil en estudios humanos de inspiración etológica, en particular sobre lo que concierne a los primeros intercambios sociales.

En cuanto al problema de las ideas de relación de objeto e instinto en los comienzos de la vida humana, se puede consultar la revisión crítica hecha por A. Haynal y R. Schäppi (1970): comunican la evolución de las hipótesis de S. Freud y

exponen la conceptualización de J. Bowlby así como las nociones de instinto y pulsión según los etólogos, en particular R. A. Hinde, el que más influyó a J. Bowlby.

Las críticas de los psicoanalistas son justas si se admiten bases biológicas del instinto y de las pulsiones tal como las definió S. Freud en relación con los conocimientos de su época, pero no existe motivo para no beneficiarse de los conocimientos de la biología actual. La adaptación llevada a cabo por J. Bowlby a partir de estas nuevas nociones no representa un antifreudismo como algunos pretenden sino que, por el contrario, tomando como puntos de referencia nuevas hipótesis, J. Bowlby abre la vía a una nueva heurística que a su vez podrá ser replanteada posteriormente.

Cuando J. Bowlby define como instintivo el comportamiento de unión subraya que un comportamiento instintivo no es hereditario, lo que se hereda es un potencial para desarrollar sistemas de conducta cuya naturaleza y formas difieren según el entorno particular en que tiene lugar el desarrollo. Lo importante es percibir la posibilidad de que tendencias inherentes ("bias") genéticas influyan persistentemente en un comportamiento que posee un grado sustancial de labilidad ambiental.

Las reflexiones de J. Bowlby no hacen referencia solamente a la noción de instinto y de etología; como dice M. D. S. Ainsworth (1969), además tiene en cuenta otros datos biológicos extraídos de la fisiología comparativa, de la teoría de la evolución renovada, de los progresos en biología molecular y en genética, de la psicología biológica (interés por los procesos neurofisiológicos y endocrinos que, en interacción con los estímulos ambientales, contribuyen a activar o activan del todo los sistemas del comportamiento), de J. Piaget, profundamente marcado por su punto de partida biológico. J. Bowlby también tiene en cuenta la teoría de los sistemas de control y de los ordenadores.

Desde el punto de vista de M. D. S. Ainsworth, todos estos problemas pueden incluirse en la doctrina psicoanalítica, pudiendo hallarse en ellos tanto elementos concordantes como discordantes en las diversas formas de enfoque de los distintos psicoanalistas.

V. — COMPLEJIDAD Y DESIGUALDAD DEL DESARROLLO SEGÚN ANNA FREUD

La obra de Anna Freud, pionera del psicoanálisis del niño (1926), culminó en su obra "Lo normal y lo patológico en el niño" (1965), donde intenta clasificar los trastornos del niño tomando como punto de partida la evolución normal de los procesos del desarrollo. Define los conceptos de las líneas del desarrollo y estudia las formas de regresión. Partiendo de estos datos establece una clasificación de trastornos que no es una simple descripción, sino que responde a una evaluación del comportamiento teniendo en cuenta las referencias cronológicas que le permiten distinguir los trastornos de cada nivel desde el punto de vista patológico e incluirlos en el cuadro de lo normal o de lo patológico, estableciendo una valoración clínica pertinente.

Su proyecto de establecer los perfiles del diagnóstico, por estar lejos de ser estático, le permite diferenciar con claridad las manifestaciones patológicas transitorias de las permanentes. Su obra entra en el marco de la psicopatología genética, y admite la complejidad del desarrollo y de sus avatares.

Su libro "Lo normal y lo patológico en el niño" es indispensable para los psiquia-

tras infantiles. Es un libro básico para la comprensión de la patología del niño; su claridad no debe hacer que sea sustituido por otras doctrinas más oscuras o de moda. Debe considerarse como una doctrina en evolución, como también demostraron los trabajos de sus colaboradores de la *Hampstead Clinic*, entre los que recordaremos particularmente los de J. Sandler y W. G. Joffe.

COMPARACIÓN ENTRE TRES CUERPOS DE DOCTRINA

Tres nombres (Piaget, Wallon, Freud): tres doctrinas que arrancan de algunos puntos de partida comunes, cada una con sus peculiares características. A veces complementarias; otras veces, con fórmulas distintas, se aproximan, pero la mayoría de veces se oponen, no obstante los intentos de algunos autores por llegar a un "compromiso".

Los tres se enfrentan a la psicología clásica de las funciones anímicas. Funcionalistas ellos, admiten la filogénesis, pero insisten en las particularidades humanas. Estudian ontogenéticamente la personalidad, aceptando un potencial hereditario, no conciben el espíritu como un todo dado, sino como una construcción, cuyos esquemas de desarrollo son objeto de investigación.

Partiendo de la biología, J. Piaget se interesa por la evolución y la organización formal, mientras que S. Freud y H. Wallon estudian fundamentalmente la dinámica de dicha evolución. Médicos los dos últimos, en sus doctrinas expresan el drama humano y su psicología está influenciada por la psicopatología.

Cada uno de los tres autores concede diversa importancia a la neurofisiología. Se halla implícita en J. Piaget, pero no la utiliza en el planteamiento de su doctrina. Está íntimamente integrada en la obra de Wallon. Nostálgicamente reprimida en la obra de Freud, obra que no hubiera sido lo que es, si hubiera hecho servir sus primeros conocimientos neurológicos —la ciencia "fijista" de su época—, pero en su obra psicoanalítica se entrevén claramente sus tendencias biológicas.

Los tres autores admiten la existencia de una cierta fuente de energías en el ser, pero el valor que Freud da a los impulsos instintivos no lo aceptan Piaget ni Wallon, ya sea por la vaguedad terminológica, ya por su posible utilización con objetivos animistas. Otro tanto ocurre con el problema del inconsciente. Consideramos un error afirmar que la dinámica está virtualmente ausente en J. Piaget. En este autor aparece como una cierta energética que busca el equilibrio, mediante unos mecanismos de acomodación y asimilación, y aun cuando no existe realmente dentro de los conflictos de fuerza —como en la doctrina psicoanalítica— se insiste más en el estudio de lo que determinados autores denominan esferas sin conflicto. En Wallon aparecen en su manera de concebir las múltiples causalidades y en el marco de su dialéctica materialista, en forma de conflictos autógenos, resolución de contradicciones, acciones recíprocas, etc.

En los mecanismos del espíritu, los tres autores hacen uso de nociones energéticas, pero mientras el psicoanálisis trata de valorar la lucha entre dichas fuerzas, Piaget insiste en conceder gran importancia al factor de "equilibración", ya como factor autónomo, ya como regulador de la acción combinada de los demás factores: madurez, experiencia física y lógico-matemática, y experiencia social.

Para Wallon, aparte del equilibrio biológico indispensable al desarrollo, existen diversos tipos de equilibrio de las relaciones entre el niño y el medio a diversos niveles de la evolución del comportamiento.

En el psicoanálisis, hay autores que se refieren a un equilibrio intersistemático o intrasistemático en un campo de fuerzas equivalente al de K. Lewin, pero no cabe hablar de una lucha o un equilibrio de campos de fuerzas haciendo caso omiso del problema del conflicto intrapsíquico. No cabe estudiar tampoco esa lucha en el terreno puramente formal, sino en relación con unas vivencias infantiles y con los mecanismos defensivos insertos en la línea de su desarrollo.

Aun con toda la proximidad entre las tres doctrinas correspondientes, hay importantes diferencias al compararlas en el plano del modo de organización del pensamiento, las particularidades de la relación sujeto-objeto y la idea de imagen mental y fantasma.

No hay duda de que los trabajos de S. Freud y otros psicoanalistas constituyen una gran ayuda para elaborar una teoría del pensamiento, pero hemos de afirmar que en la doctrina de Piaget la mecánica de esta elaboración queda muy estructurada y, por más que quiera establecerse una aproximación entre las doctrinas de Piaget y el psicoanálisis, existe una importante diferencia entre ambas, razón de su peculiar enfoque en que predomina la afectividad o la inteligencia. Consideramos que son diferencias que conviene subrayar. Para Piaget la fuerza impulsiva de toda acción es de naturaleza afectiva (necesidad y satisfacción), mientras su estructura es de naturaleza cognoscitiva (esquema, como organización sensoriomotriz). Por tanto, para este autor, asimilar un objeto a un esquema es tratar de satisfacer una necesidad y, al mismo tiempo, dar una estructura cognoscitiva a la acción. D. Rapaport ha tratado de aproximar la teoría psicoanalítica a la de Piaget, pero su idea de los modelos primeros del pensamiento —muy original a nuestro entender— corresponde a una reflexión psicoanalítica de los mismos procesos sin llegar a una confirmación ni a una invalidación de la doctrina de Piaget.

De hecho, hay una incompatibilidad: Piaget cree que la evolución afectiva se produce al tiempo que la evolución intelectual —los sentimientos, en sí no estructurados, se organizan en una estructura al intelectualizarse— y, caso de aceptar su teoría de que, en la conducta con respecto a los objetos, el aspecto estructural lo forman unas estructuras logicomatemáticas y el aspecto energético de una suma de afectos intraindividuales, es indudable que estamos muy lejos de las tesis freudianas.

Se nos hace difícil aceptar que un impulso sea el mecanismo dinámico inicial sin que se impregne de su propia evolución ni verse afectado por los resultados. Es verosímil una estructura cognoscitiva como tal, aisladamente —y el mérito de Piaget consiste en haber estudiado su evolución—, pero poner la afectividad entre paréntesis, no refleja la realidad de los hechos, sabiendo como sabemos, que la catexis insuficiente o exclusiva puede crear unas especiales estructuras, hacerlas poco móviles y monstruosas frente al desarrollo total de la personalidad, dando a los procesos de conocimiento unas características puramente formales en las que el objetivo es egocéntricamente manipulado y se desentiende del mundo del que forma parte. La afectividad es inseparable de la estructura; no sólo produce una estructura sino que ella misma queda inmersa en la estructura; sin ella, la estructura no sería lo que es, no podría ser un futuro de una nueva estructura, salvo que se admita que la dinamogenia de los impulsos aparece y tiene una función cuando hay cambios y desaparece mientras se constituye la organización, convirtiéndose en materia inerte en el período de cristalización.

La noción de objeto y su construcción también difiere entre Piaget y los psicoanalistas; conviene no confundir el objeto permanente de Piaget y la relación de objetos de los psicoanalistas. Fundamentalmente, lo que Piaget ha estudiado es el aspecto cognoscitivo, la formación de lo que él mismo llama "esquemas" del objeto,

y no el objeto libidinal. Para Piaget, el objeto es el resultado de experiencias sensoriomotoras acumulativas, y la permanencia del objeto va enteramente unida a la experiencia, específicamente la acción motora que permite la acumulación de elementos ontogénicos en la psique, en forma de memoria. Mediante la construcción de los diversos esquemas sensoriomotrices y su coordinación, el objeto en sí quedará separado de lo propiamente infantil: lograr para sí una existencia autónoma. Según C. W. Cobliner, "el molde del objeto libidinal lo constituyen fragmentarias reminiscencias de interacciones con su mismo compañero —la madre o la persona que hace sus veces— en el primer período de su vida. Es una imagen compuesta de experiencias en que el aporte sensorial, los elementos motores y simbólicos más tardíos dejan en conjunto huellas mnemónicas compuestas". Como dice este autor, el objeto libidinal, al revés (...) que el objeto permanente (de Piaget), desafía una ley de la lógica tradicional: no se mantiene idéntico a sí mismo. El objeto de la libido cambia a lo largo de la vida según las mutables necesidades emocionales de cada persona y de acuerdo con el constante crecimiento y con la interacción de las imágenes de experiencias afectivas.

Es fundamental el concepto de idea de objeto permanente, que el psicoanálisis no ha profundizado. La conclusión que se saca del estudio de Th. Gouin Decarie es que, por no haber una clara distinción entre permanencia afectiva y permanencia objetiva, la representación es uno de los puntos flacos de la teoría psicoanalítica. Admite —como hará posteriormente C. W. Cobliner— que los conceptos de objeto libidinal y de objeto permanente son complementarios. Como dice D. Rapaport, se plantea el problema de saber cómo "lo percibido" se convierte en "retenido"; el autor cree que el problema de prestar atención y formar unas estructuras, siendo el problema relativamente autónomo, en el sentido de H. Hartmann, pudiera estudiarse prescindiendo hasta cierto punto de motivaciones más profundas.

Ello no obsta para admitir la existencia de un período capital de confusiónismo y distanciamiento en los primeros tiempos de desarrollo, en relación con el objeto que desempeña un papel en su formación. Como indica Wallon, en relación a las cosas, la primera experiencia no posee imágenes claras y distintas. Lo que inicialmente se ofrece a la representación, oponiéndose a ella, es una experiencia vivida en cuyas impresiones se entremezclan la actitud o el movimiento con la excitación y su correspondiente apetencia-repulsión. A los automatismos que originan y guían las experiencias externas se superpone una intuición, todavía muy genérica, pero que constituye una primera toma de conciencia de situaciones y objetos. De este modo será la vida afectiva la que proporcionará "la conciencia de Sí mismo formativa" a la conciencia de las cosas, y la evolución intelectual del niño hacia la objetividad se realiza mediante la progresiva eliminación de su inicial subjetivismo, reduciendo su unión con el objeto, aun cuando en dicha reducción, según Wallon, nunca sea completa y definitiva, y subsista cierto subjetivismo en el adulto, pues en el fondo no podemos hacer otra cosa que referir nuestras ideas a las cosas y ver cosas en nuestras ideas.

Nos parece que no hay que confundir la idea de objeto de los psicoanalistas con la idea de objeto considerado éste como cosa. Mientras una cosa siga siendo igual a sí misma, el objeto de la libido no entrará en el marco de un sistema de coordenadas espaciotemporales. Lo importante no es simplemente la idea de objeto sino la relación de objeto, o relación de algo que está en nosotros mismos, que posee caracteres especiales y que podemos proyectar hacia el exterior o dentro de nosotros mismos; algo que no posee las características del objeto real, aun cuando tenga determinados caracteres comunes, vivido como representación de sus efectos y de los cambios que produce en nosotros mismos.

Al abordar la representación mental de Piaget y la imagen alucinatoria o fantasmática de los psicoanalistas aparecen también diferencias esenciales. Piaget opina que no interviene la imagen mental antes del segundo año de vida, mientras que los fantasmas —estrechamente relacionados con el deseo— aparecen, en opinión de ciertos psicoanalistas, desde muy temprana edad y son una etapa indispensable e irreducible para la creación de la imagen en el sentido que le da Piaget. Algunos autores, como P. H. Wolff, admiten que, integrados en la concepción clásica del psicoanálisis, los descubrimientos de Piaget muestran unos mecanismos mediante los que se reorganiza la ideación del tipo de proceso primario según datos reales por los que funciona el pensamiento de tipo del proceso secundario, hasta cierto punto, independiente del entorno, aun manteniendo una representación interna de dicho entorno. El mismo autor hace notar la posible función adaptatoria de las primeras fantasías, poniéndose en guardia contra las reconstrucciones psicoanalíticas de la vida mental al comienzo de nuestra existencia, reconstrucciones que suponen que el recién nacido alucina ya distintivamente los objetos, objetos espaciales y relaciones causales, etc.

E. J. Anthony cree ver en los estudios de Piaget una base suficiente para invalidar las hipótesis de Mélanie Klein: las relaciones de objeto o de objeto parcial desde el comienzo de la vida. Para D. Rapaport, desde el punto de vista genético se impone una descripción más completa de la imagen alucinatoria, así como también importantes conclusiones sobre los procesos primeros. A partir de las primeras fases del desarrollo, este autor considera que la inicial experiencia del objeto satisfaciendo el impulso es una experiencia difusa e indiferenciada. El objeto al gratificarse a sí mismo no aparece diferenciado del contexto en que se halla. Aparece en la conciencia dicha imagen confusa y de carácter global cuando aumenta la tensión. El mismo autor cree que durante el desarrollo la imagen difusa se diferencia en experiencias y objetos distintos que permanecen unidos a los impulsos instintivos, como la imagen inicial estaba unida al objeto gratificante.

Téngase en cuenta que S. Freud, al hablar de deseos inconscientes, dice que la realidad psíquica es un tipo especial de existencia que no hay que confundir con la realidad material. Tampoco hay que confundir los fantasmas con la idea de imagen de Piaget; existen ya antes de los dos años y se mantienen una vez formada la imagen, pero, una vez lograda la permanencia del objeto, los fantasmas “formantes” desempeñan un papel diferente desde el momento en que se enfrentan con una realidad.

Freud, Wallon y Piaget coinciden al considerar que el Yo, aun cuando no empleen ese término, es un Yo construido, o acaso conquistado, pero el Yo no es una instancia en Piaget ni en Wallon. En la teoría de los dos últimos autores existen diferencias en cuanto al problema de la socialización. Para Wallon, no existe un Yo distinto ni un entorno distinto; ambos son totalmente diferentes, y la conciencia del Yo y del otro se produce simultáneamente. La progresiva diferenciación del Yo de la hipótesis de Wallon se aproxima a determinadas teorías psicoanalíticas de un temprano Yo y a la descripción del desarrollo de los momentos iniciales del Yo.

Al analizar la relación entre la teoría del psicoanálisis y la de Piaget, C. H. Odier estima que éste ha descubierto dos tipos de realismo infantil: el realismo intelectual y el realismo moral, último de los cuales corresponde al Superego freudiano. También M. L. Nass estudia unas semejanzas entre el Superego y el desarrollo moral de Piaget. Para Nass existen unas analogías entre los dos tipos de moral de Piaget (una moral forzada, o heterónoma, y una moral de cooperación, más autónoma) y ciertas concepciones psicoanalíticas actuales, aun abordando el problema desde diferentes puntos de partida. Este autor cree que la forma temprana del Superego, tal como

viene enunciada en la teoría psicoanalítica, es cruel, dura e inflexible, una moralidad exclusivamente para el gusto de los padres, y se asemeja a la moral forzada de Piaget, según la cual se siguen automáticamente unos imperativos sin posibilidad de discutirlos. En cuanto al estadio autónomo, la interiorización de las prohibiciones de la fase edipiana y tiempos subsiguientes, representará en la teoría psicoanalítica un corte en el desarrollo. Cabe pensar en un paralelismo entre ambos puntos de vista por el crecimiento del Yo que, por una parte, cada vez sabrá dominar más perfectamente los impulsos y el mundo exterior y, por otra, contribuye a moderar el Superego irracional (moralidad heterónoma). Este autor cree que el Superego no es una entidad, sino que más bien halla su lugar en relación con el aumento de los impulsos y la evolución de las funciones cognoscitivas. Mientras el proceso del Yo tiene cada vez más influencia en el niño, los juicios morales también se vuelven más autónomos y racionales y el niño va siendo más capaz de evaluar, enjuiciar y reformar el contenido de su conciencia.

Si esto es verdad, también es cierto que el Superego, en su sentido psicoanalítico, no se comprende sin pasar por el mecanismo de identificación e introyección y sin un análisis del problema de la agresividad. Al estudiar el tema de la agresividad, H. Wallon observa que la ambivalencia identificación-hostilidad se da en muchos juegos de imitación que nunca dejan de gustarle al niño. Citando los estudios de S. Freud sobre los sentimientos ambivalentes del niño hacia su padre, dice que el momento en que el niño absorbe al otro, absorbiéndose a sí mismo, es anterior al momento de adueñarse de su propia personalidad: es “el conquistado”, antes que “el conquistador”. El Superego no se da únicamente en el plano de la conciencia, ni siquiera en el plano social, si se hace caso omiso de una teoría de los conflictos. Como dice M. Schur, el punto de vista estructural pierde todo su sentido al separarlo del punto de vista genético y dinámico.

Las tres doctrinas nos ofrecen otros tantos caminos para la mejor comprensión de la evolución infantil. Consideramos que las tres aportan alguna idea fundamental, y que un compromiso entre ellas pudiera hacerlas perder su significado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. — *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- Abraham, K. — The first pregenital stage of the libido (1916). En *Selected papers*, págs. 248-279. Hogarth Press, Londres, 1942.
- Abraham, K. — A short study of the development of the libido (1924). En *Selected Papers*, 418-501. Hogarth Press Londres, 1942.
- Ackerman, N. W. — The role of the family in the emergence of child disorders, págs. 509-533. En *Foundations of child psychiatry*; Edit. por E. Miller, Oxford, Pergamon Press, 1968.
- Ainsworth, M. D. S. — Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 1969, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. — The development of infant-mother attachment. *Rev. Child Development Res.*, 3.
- Ajuriaguerra, J. de, Diatkine, R. y García-Badaraco, G. — *Psychanalyse et neurobiologie*. En *La psychanalyse d'aujourd'hui*, publ. bajo la dir. de S. Nacht, P.U.F. París, 1956.
- Anthony, E. J. — Six applications de la théorie génétique de Piaget à la théorie et à la pratique psychodynamique. *Rev. suisse Psychol.*, 1956, 15, 267-277.
- Balint, A. — Love for the mother and mother love. En: *Primary love and psychoanalytic technique*. Tavistock, Londres, 1965.
- Balint, M. — Early developmental states of the ego. Primary object-love. In: *Primary love and psychoanalytic technique*. Tavistock, Londres, 1965.

- Blum, G. S. — *Les théories psychanalytiques de la personnalité*. P.U.F., Paris, 1955.
- Bowlby, J. — *Attachment and loss. I Attachment*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londres, 1969.
- Buhler, Ch., Hetzer, H., Tudor-Hart, B. — *Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr*. G. Fischer, Jena, 1927.
- Chiland, C. — Discussion du rapport F. Duyckaerts, 246-252. En: *Milieu et développement; Symposium de l'association de psychologie scientifique de langue française*; P.U.F., Paris, 1972.
- Coblener, C. W. — L'école genevoise de psychologie génétique et la psychanalyse: analogie et dissemblance. En: R. A. Spitz: *De la naissance à la parole: La première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.
- Diatkine, R. y Simon J. — *La psychanalyse précoce*. P.U.F., Paris, 1972.
- Dolto, F. — *Psychanalyse et pédiatrie* (1936). Editions de la Parole, 2.^a ed., 1961.
- Fenichel, O. — *La théorie psychanalytique des névroses*. P.U.F., Paris, 1953.
- Flavell, J. H. — *The development psychology of Jean Piaget*. D. Van Nostrand and Co., Inc., Princeton N. J., 1963.
- Fornari, F. — *La vita affettiva originaria del bambino*. Feltrinelli, Milán, 1963.
- Freud, A. — *Le traitement psychanalytique des enfants*. P.U.F., Paris.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968. Original: Intern. Univ. Press Inc., 1965.
- Freud, S. — *Obras completas*. Editorial biblioteca nueva, Madrid, 1948-1968.
- Freud, S. — *Standard Edition*, edit. por James Strachey, 24 vols. Hogarth Press, Londres, 1953-1966.
- Freud, S. — *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Paris, Gallimard, col. "Idées", 1962.
- Gesell, A. — Ontogenèse du comportement de l'enfant. En L. Carmichael, *Manuel de psychologie de l'enfant*, tomo I, 470-527. Trad. de M. Bouilly y otros. P.U.F., Paris, 1952.
- Gesell, A. y Amatruda, S. C. — *L'embryologie du comportement*. Trad. del Dr. Chauchard. P.U.F., Paris, 1953.
- Gesell, A. e Ilg, F. — *L'enfant de 5 à 10 ans*. P.U.F., Paris, 1949.
- Gesell, A., Ilg, F. L. y Ames, L. B. — *L'adolescent de 10 à 16 ans*. trad. I. Lézine. P.U.F., Paris, 1959.
- Gesell, A. e Ilg, F. L. — *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*. Trad. de I. Lézine, P.U.F., Paris, 1961.
- Gillespie, W. H. — The psychoanalytic theory of child development. En: *Foundations of child psychiatry*, págs. 51-69, edit. por E. Miller, Publ. Pergamon Press, Oxford, Nueva York, 1968.
- Glover, E. — Examination of the Klein system of child psychology. *Psychoanalytic study of the child*, 1945, 1, 75-118.
- Goin Décarie, Th. — *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1962.
- Greenacre, P. — The predisposition to anxiety. *Psychoanal. Quart.*, 1941, 10, 66-94, 610-638.
- Greene, W. — Early object relations, somatic, affective and personal. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1958, 126, 225-253.
- Gressot, M. — *Psychanalyse et connaissance. Contribution à une épistémologie psychanalytique*. P.U.F., Paris, 1955.
- Gressot, M. — Jean Piaget. *Psychiat. Infant.*, 1961, 4, 279-298.
- Hartmann, H. — Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Int. Z. Psch.*, 1939, 24, 62-135. Trad. Franç., P.U.F., Paris 1968. Trad. española: la psicología del yo y el problema de la adaptación. Méjico D. F. Cesarman, 1960.
- Hartmann, H. — *Essays on Ego Psychology*, Londres, Hogarth Press, 1964.
- Hartmann, H. — *La psychanalyse du Moi et le problème de l'adaptation*. P.U.F., Paris, 1968.
- Hartmann, H. y Kris, E. — The genetic approach in psychoanalysis. *Psychoanalytic study of the child*, 1945, 1, 11-30.
- Hartmann, H. y Loewenstein, R. — Notes sur le Surmoi. *Rev. fr. Psychanal.*, 1964, 28, 5-6, 639-678.
- Haynal, A. y Schäppi, R. — L'instinct, la relation d'objet et les débuts de la vie humaine (A propos des livres de M. Mahler et J. Bowlby). *Revue critique. Psychiat. Infant.*, 1970, 13, 607-649.
- Hermann, I. — *L'instinct filial*. Denoël, Paris, 1972.
- Hinde, R. A. — *Animal behavior. A synthesis of ethology and comparative psychology*. McGraw Hill, Londres, 1966.
- Inhelder, B. y Piaget, J. — *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. P.U.F., Paris, 1955.

- Isaacs, S. — Nature et Fonction du phantasme. *La psychanalyse*, 1959, 5, 125-182.
- Jaccard, R. — *La pulsión de mort chez Melanie Klein*. Collection Sphinx, L'âge d'homme, 1971.
- Joffe, W. G. y Sandler, J. — Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. Stud. Child*, 1965, 20, Trad. franc., *Psychiat. Infant.*, 1967, 10, 1, 123-156.
- Khan, M. M. R. — Préface, IX-XLIV. En: *La consultation thérapeutique et l'enfant*; Winnicott, D. W.; Gallimard, Paris, 1971.
- Kestenberg, E. y Kestenberg, J. — *Contribution à la psychanalyse génétique*. P.U.F., Paris, 1965.
- Klein, M. — On the development of mental functioning. *Intern. J. Psychoanal.*, 1958, 39, 84-90.
- Klein, M. — *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., Paris 1959.
- Klein, M. Heimann, P., Isaacs, S. y Rivière, J. — *Développement de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966.
- Klein, M. y Rivière, J. — *L'amour et la haine. Étude psychanalytique*. Payot, Paris, 1968.
- Kramer, P. — Note on the preoedipal roots of the superego; *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* (1958), 6: 38-46.
- Krapf, E. — A propos de la signification psychologique de la régulation de l'oxygène chez le fœtus. *Arch. Suisses de Neurol.*, 1950, 65, 108-114.
- Lagache, D. — *La psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1964.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. — *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1967.
- Lebovici, S. — *La relation objectale chez l'enfant*. *Psychiat. Infant.*, 1961, 3/1, 147-226.
- Lebovici, S. y Soulé, M. — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. 2.^a ed. Le fil rouge. P.U.F., 1972.
- Malrieu, P. — *Les émotions et la personnalité de l'enfant*. Vrin, Paris, 1952.
- Mead, M. — La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle. En: *La carence de soins maternels*. Cahiers de Santé Publique, n.º 14, págs. 44-62. O.M.S., Ginebra, 1962.
- Nacht, S. (bajo la dirección de) — *La théorie psychanalytique*. P.U.F., Paris, 1969.
- Nagera, H. — *Early childhood disturbances, the infantile neurosis, and the adulthood disturbances*. Intern. University Press, Nueva York, 1966. Trad. franc. P.U.F., 1969.
- Nagera, H. (dir.). — *Basic psycho-analytic concepts*. Vol. I-IV. The Hampstead Clinic Psychoanalytic Library. George Allen and Unwin Ltd., 1970.
- Nass, M. L. — The superego and moral development in the theories of Freud and Piaget. *Psychoanal. study child*, 1966, 21, 51-68.
- Odier, C. — *L'angoisse et la pensée magique*. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel, 1947.
- Osterrieth y cols. — *Le problème des stades en psychologie de l'enfant*. P.U.F., Paris, 1956.
- Piaget, J. — *La relation entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant*. "Un cours de la Sorbonne". Centre de documentation Universitaire, Paris, 1954.
- Piaget, J. e Inhelder, B. — *Le développement des quantités physiques chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1962.
- Piaget, J. e Inhelder, B. — *L'image mentale chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1966.
- Piaget, J. e Inhelder, B. — *La psychologie de l'enfant*. Col. "Que sais-je". P.U.F., Paris, 1966.
- Piaget, J. — *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1967.
- Piaget, J. — *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968.
- Piaget, J. — *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*, 3.^a ed. Masson et C^{ie}, Paris, 1953.
- Rank, O. — *Le traumatisme à la naissance* (Trad. Jankélévitch). Payot, Paris, 1928.
- Rapaport, D. — Commentaires à deux textes de Piaget. En *Organisation and pathology of thought*. Columbia Univ. Press, Nueva York, 1951.
- Rapaport, D. — *The structure of psychoanalytic theory: a systematizing attempt*. Intern. Univ. Press. Nueva York, 1960.
- Rapaport, D. — *Collected Papers: Basic Books*. Nueva York-Londres, 1967.
- Robert, M. — *La révolution psychanalytique. La vie et l'oeuvre de Freud*. Payot, Paris, 1964.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. — Towards a basic psychoanalytic model. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1969, 50, 79-94.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. — Discussion of "Towards a basic psychoanalytic model". *Int. J. Psycho-Anal.*, 1970, 51, 183-93.

- Sandler, J. y Novick, J. — Some recent developments in child psycho-analysis at the Hampstead clinic, 221-253. En: *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells (J. G.), dir.: Oliver and Boyd, Edimburgo, 1969.
- Schur, M. — *The id and the regulatory principles of mental functioning*. Intern. Univ. Press, Nueva York, 1966.
- Segal, A. — *L'oeuvre de Melanie Klein*. P.U.F., París, 1969.
- Smirnoff, V. — *La psychanalyse de l'enfant*. P.U.F., París, 1966.
- Spitz, R. A. — On the genesis of superego components. *Psychoanal. study child*, 1958, 13, 375-406.
- Spitz, R. A. — *Le Non et le Oui*. P.U.F., París, 1963.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. P.U.F., París, 1968.
- Szasz (Th. S.). — *Pain and pleasure. A study of bodily feeling*. Basic Books, Nueva York, 1957.
- Thompson, C. — *La psychanalyse; son évolution, ses développements*. Gallimard, París, 1956.
- Tran-Thong. — *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*, 455 págs. Librairie philosophique, J. Vrin, París, 1967.
- Waelder, R. — *Les fondements de la psychanalyse*. Payot, París, 1962.
- Wallon, H. — *L'enfant turbulent*. Recueil d'observation (*thèse complémentaire*). F. Alcan, París, 1925.
- Wallon, H. — *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. P.U.F., París, 3.^a edic., 1954.
- Wallon, H. — *L'évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin, París, 5.^a edic., 1957.
- Wallon, H. — *Psychologie et éducation de l'enfance*. Recueil d'articles et conférences. *Enfance*, 1959, 12, 3-4, 191-442.
- Wallon, H. — *Buts et méthodes de la psychologie*. Recueil d'articles. *Enfance* 1963, 16, 1-2.
- Wallon, H. — *Les origines de la pensée chez l'enfant*. P.U.F., París, 3.^a edic., 1963.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, París, 1969.
- Winnicott, D. W. — *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, París, 1970.
- Wolff, P. H. — *The developmental psychologies of Jean Piaget and psychoanalysis*. Intern. Univ. Press, Nueva York, 1960.

*
* *

Symposium de l'Association scientifique de langue française. Ginebra, 1955: *Le problème des stades en psychologie de l'enfant*. Ponentes: Osterrieth, P., Piaget, J., Sausure, R. de, Tanner, J. M., Zazzo, R. - P.U.F., París, 1956.

CAPÍTULO III

VIDA SOCIAL Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La actividad social forma parte de la evolución infantil. En el desarrollo de sus impulsos, durante el tiempo de formación de su personalidad, el niño está frente a una sociedad que a la vez le forma y le oprime. La sociedad le ofrece unos esquemas de referencia según los cuales ha de modelarse y contra los que se rebela.

En el momento de nacer, el hombre tiene una capacidad de proyección que ha de realizar personalmente. Se hace haciéndose, como ya dijimos anteriormente, pero en ese "haciéndose", el otro es correlativo, y esa correlación cambia en cada momento de la evolución. El hombre cambia de lo simbiótico y dependiente a una relativa independencia en un marco social al que se yuxtapone y se enfrenta con un diálogo positivo o negativo, pero siempre implícito, en el que expresa su propia personalidad. Todo el mundo está de acuerdo con O. Klineberg en afirmar que "la sociedad contribuye poderosamente a 'humanizar' al ser humano", y con L. Malson, que asegura que "el hombre como tal antes de recibir una educación no es sino una simple posibilidad, menos que una simple esperanza". El niño crece en una determinada sociedad que le ofrece una posibilidad de evolución; su vida se produce en grupos que tienen una dinámica y sus propias leyes. Pero cabe preguntarse si el ser social en que se convierte el niño con el desarrollo es la suma de un Yo social y un Yo individual, si es el resultado de una interpsicología entre los diferentes miembros de una determinada sociedad, en la que el individuo tiene sus propias leyes de desarrollo o si el psiquismo individual no es más que un reflejo de unas funciones sociales específicas que se cumplen a través de relaciones interindividuales. Como indica J. Maisonneuve, no son satisfactorias ni la tesis de una interpsicología ni la tesis societaria. El peligro de la interpsicología es desconocer en forma grave las características de la mentalidad colectiva y no tener en cuenta las influencias socioculturales. Y, a la inversa, la sociología independiente tiende espontáneamente a un cierto determinismo. La psique individual se torna producto y reflejo de fenómenos colectivos. Se subordinan las relaciones humanas a las funciones sociales. Si los objetos sociales se tratan como "cosas", según la célebre expresión de E. Durkheim, puede faltar por completo la

relación directa y profunda entre las personas; los hechos naturales son distintos en cada persona.

Las tendencias antropológicas evolucionan hacia una antropología social al margen de la psicología y la historia o a una antropología cultural que trata de introducir directamente lo humano en lo social y pretende tratar psicológicamente los hechos culturales. Casi todas las escuelas antropológicas han tenido que tomar postura ante los hechos de que nos habla S. Freud. Igual en *Tótem y Tabú* que ante *Psicología colectiva y análisis del Yo* o *El futuro de una ilusión*, que constituyen el centro por antonomasia del etnólogo. No podemos extendernos ahora en los análisis sociológicos de S. Freud. Una vez evidenciados los fenómenos fundamentales del desarrollo mental y teniendo que comprobar su universalidad, el autor encontró en el estudio de las sociedades primitivas de su época la confirmación del complejo de Edipo, los vetos institucionalizados del incesto, la creencia en el absoluto poder mágico del deseo y el del pensamiento, el cambio de la realidad del tabú, o padre, en un animal totémico que hace las veces de padre, venerado y celado, pero que en determinadas condiciones se puede sacrificar y devorar. Piensa que el tabú del tótem es el resultado de la represión de la tentación de asesinar al padre. En la primitiva horda los jóvenes machos frustrados llegaron al acuerdo de matar al tirano paterno y devorarlo triunfalmente, pero una vez muerto, lo que antes estaba prohibido por la fuerza quedó vetado en virtud de un código moral, social y religioso. Como indican S. Nacht y otros autores, algunos de los conceptos de S. Freud han sido superados desde un punto de vista psicoanalítico y sociológico, pues la teoría de la horda no sólo no es aceptada por todos actualmente, sino que en la teoría psicoanalítica de la personalidad el complejo de Edipo no conserva ya la importancia que tenía todavía cuando S. Freud escribiera *Tótem y Tabú*. Los actuales psicoanalistas tienden más bien a considerar que el principio del drama humano debió ser un conflicto con la madre, en vez de con el padre primitivo. También se discute la filogénesis de la transmisión de huellas mnésicas del primer drama. Como indican dichos autores, S. Freud, aparte de unos hechos antropológicos discutibles, trató unos problemas que constituyen la dinámica de las relaciones entre el individuo y la sociedad, y su mérito consistió en introducir la idea del instinto en la vida social. El psicoanálisis ha dado a la sociología el concepto de libido, el de agresividad y, en términos más generales, el de la carga afectiva objetal. Podemos decir esquemáticamente que S. Freud deduce lo social de lo individual y lo institucional de los inconsciente, y el reproche que se le hace es de haber "psicologizado" lo social y personificado lo colectivo.

Si se ha dicho que S. Freud hace el mismo estudio de la cultura como si se tratara de una persona, los antropólogos culturalistas estudian la persona a través de la cultura partiendo de la idea o concepto de la "personalidad básica" de cada cultura (A. Kardiner), de "personalidad estatuida" (R. Linton), personalidades diversificadas por un estatuto subcultural, admiten que el modelo de conducta de un grupo se traduce en una suma de principios ideológicos que acarrearán la adaptación de una sociedad a las condiciones del entorno y consideran que hasta cierto punto el inconsciente personal es modelado por las instituciones. Intentan describir una personalidad básica o con una determinada configuración cultural producto de diferentes culturas y conocer la gama de posibles variantes en una determinada cultura. Pero como subraya M. Dufrenne, si hay que llamar "personalidad básica" al conjunto de rasgos componentes de dichas configuraciones no es porque constituyan una personalidad, sino porque, representando la base de la personalidad de todos los componentes de un grupo, ofrecen la matriz sobre la que se desarrolla el carácter. A. Kardiner distingue dentro de una causalidad dialéctica las *instituciones primarias* que expresan el

resultado de las condiciones del medio sobre el individuo, que depende de factores económicos y demográficos, de la organización socioeconómica, de las reglas de educación, de la estructura familiar, etc., y las *instituciones secundarias* que traducen las reacciones psicosociales de cada individuo en un determinado medio —religión, moral, mitos, etc.—. Estas reacciones son la consecuencia de la acción de las instituciones primarias en la estructura de la personalidad básica, pero también pueden modificar la institución primaria.

Numerosos antropólogos culturalistas han recibido el influjo del psicoanálisis; otros, partiendo del psicoanálisis y comparándolo con el punto de vista sociológico, han tratado de cambiar el psicoanálisis replanteándose conceptos como el de la primitiva horda y el asesinato del primitivo padre, volviendo a dar un nuevo significado a determinados conceptos freudianos, como son el de las relaciones entre el Yo y el Ello, la función del inconsciente y el alcance del significado de la sexualidad. H. Marcuse, en el capítulo que estudia la crítica del revisionismo neofreudiano (K. Horney, E. Fromm, H. S. Sullivan), resume las principales objeciones de estos autores a la obra de Freud: subestimación de la importancia del conflicto entre el individuo y su medio, orientación biológica que conduce al autor a estudiar el pasado ontogénico y filogenético; tempranísima formación del carácter e interpretación del destino individual en términos de instintos primarios. Lo que sobre todo reprochan dichos autores a S. Freud es su biologismo y su psicología de los instintos y genética. Como indica R. Bastide, de hecho estas doctrinas se oponen al psicoanálisis, al que no le cuesta admitir la diferencia entre el Yo del hombre primitivo y el civilizado y entre los distintos hombres primitivos, al tiempo que se afirma con redoblada fuerza la identidad del inconsciente. El freudismo no puede aceptar sin riesgo de su propia destrucción la idea de pluralismo propugnada por B. Malinowski. Por otra parte, el psicoanálisis no puede aceptar que lo colectivo configure y determine al individuo, ya que de esta forma perdería su "profundidad natural" fundamental y su carácter específico, al amputar al individuo la subjetivación a que él somete las experiencias de su vida corporal e instintiva y las experiencias interpersonales y sociales. El ser humano no recibe pasivamente, como la cera, el sello de las convenciones sociales y de las instituciones, ni tampoco lo ocurrido durante la niñez (S. Nacht y otros). Los psicoanalistas freudianos, durante algún tiempo, prescindieron hasta cierto punto del fondo cultural en que se produce el conflicto humano, pero la sociología, por su parte, no puede prescindir del inconsciente individual que la sociología clásica no puede mostrar.

G. Roheim admite que los paralelismos interculturales poseen un significado oculto independiente del sistema social, de la cultura o de las instituciones básicas, significado fundamentado en la naturaleza del proceso primario —aun cuando igualmente pueda comportar un significado complementario, producto de contextos culturales específicos—. Hay un simbolismo que podemos considerar universal. El contenido oculto es universal, pero el símbolo puede ser expresado en palabras por un individuo determinado o por muchos de ellos en diferentes lugares de la tierra y ser captado por otros sobre la base del contenido latente universal. Como manifiesta dicho autor, la escuela culturalista no quiere saber una palabra de la unidad fundamental de la humanidad, sosteniendo como sostiene que S. Freud basó su tesis en dos hipótesis biológicas, una de las cuales se mostró indefendible —la herencia de caracteres adquiridos— y la otra no es válida para el género humano (ley de la recapitulación de Haeckel). G. Roheim señala que la humanidad posee otro rasgo común: su infancia prolongada y el carácter juvenil del homo sapiens frente a otras especies animales. La escuela culturalista lo admite, pero únicamente lo emplea para apoyar

su tesis de que la naturaleza humana puede ser condicionada igualmente. Olvida que los condicionantes están sometidos a las mismas leyes humanas que los condicionados. El proceso primario nace de la siguiente combinación: existencia de la libido protegida en la situación madre-niño, y libido relativamente precoz (en dicha situación).

El psicoanálisis se equivoca, creemos, al interpretar los fenómenos sociológicos demasiado esquemáticamente y universalizar los determinantes biológicos de ciertas situaciones sociales o políticas. Pero, como indica H. Marcuse: "Únicamente prescindiendo de los factores biológicos y mutilando la teoría de los instintos se puede definir la personalidad en términos de valor cultural objetivo, sin tener en cuenta el margen represivo que obstaculiza su realización." Si es cierto que existen contradicciones entre el hombre, su entorno y la sociedad que le rodea, comprendamos también que hay que admitir la existencia de contradicciones en la propia personalidad del individuo. Desde el punto de vista dialéctico estas oposiciones deben ser superadas.

Durante mucho tiempo la sociología se dedicó al estudio de sociedades ya formadas y a valorar las sociedades linealmente. Son ya bastantes los psicólogos y sociólogos que han estudiado las diversas etapas de la evolución de la sociabilidad en el niño. Antropólogos como M. Mead y E. Erikson, desde puntos de vista distintos, han estudiado de manera especial las instituciones que guardan relación con la "crianza" de los niños como factor determinante en el proceso de adquisición de cultura. Los psicólogos han abordado este mismo problema estudiando la evolución de la inteligencia, de la emoción y de la afectividad.¹

I. — ONTOGÉNESIS DE LA SOCIALIZACIÓN

Es discutible la misma idea de socialización: es imposible que estudiosos tan perspicaces puedan admitir, unos, que en el recién nacido existe el máximo de socialización y que su proceso es regresivo, y otros, que el proceso de socialización es progresivo y sólo lo adquiere el niño en edad relativamente avanzada.

Ch. Bühler subraya insistentemente que el recién nacido ya es profundamente social. Como demostración aduce que sus llantos son inconscientemente gritos de llamada, pero que paulatinamente se van diferenciando y sirven intencionalmente para establecer contactos con quienes le rodean. Para la autora es una clara muestra de contacto social la sonrisa que aparece desde el tercer mes.

J. Piaget cree que inicialmente el niño sólo se conoce a sí mismo, encerrado como está en su autismo. Posteriormente, su progresivo desarrollo le inducirá a un egocentrismo en el que los influjos del exterior, cada vez, serán más potentes; el niño no ignora ya cuanto le rodea, pero se hace el centro. Mientras se halla en la fase preoperatoria, los contactos sociales tienen un carácter precooperativo, son

1. Como señala R. M. Casabianca, sobre la base de lo "social", se emplean diversos términos con diferente sentido. Se llama *carácter social* a la tendencia del ser humano hacia los demás; *sociabilidad* a la facultad psicológica que permite al hombre vivir en sociedad; *sentido social* es un término empleado por los moralistas en relación con el bien común; la *sensibilidad social* (F. Redl) hace referencia a una sensibilidad personal, es decir, a la facultad de evaluar lo que una persona puede pensar de nosotros o la sensibilidad según una idea de grupo, o capacidad de juzgar sobre qué base el grupo juzgará una conducta; *sentimiento social*, según A. Adler, es la tendencia a un tipo de colectividad eterna, como pudiera ser idealmente la humana si hubiera logrado su absoluta perfección.

sociales, considerados desde el niño, y centrados en el niño y en su propia acción, visto desde el observador. El niño aprenderá progresivamente a descubrir en los otros no ya unos seres subordinados o reticentes a su deseo, sino unos semejantes entre los que tiene que considerarse uno más. La sociedad intervendría en un momento dado de su desarrollo psíquico tras numerosas experiencias.

H. Wallon no admite que la percepción social aparezca en un momento determinado; inicialmente, piensa, en un individualismo feroz, en forma de autismo y egocentrismo, y posteriormente abandona su exclusivismo y acepta la pérdida de prerrogativas. Al considerar algunos que, en el momento de nacer, el niño no es un ser social, H. Wallon defiende que, aun cuando el niño no sea consciente de la sociedad, no por ello deja de ser un individuo totalmente volcado hacia ella desde el primer momento. No está unido a su medio por razonamiento o intuición lógica, antes bien, participa en la situación en que se halle inmerso y en que esté implicado; eso es todo lo que le puede motivar. En cierto modo se confunde con ella. En la infancia tiene especial importancia el medio. Antes que nada, el medio es un medio físico. Lo característico y fundamental de la especie humana es haber superpuesto al medio físico un medio social.

S. Freud admite que el impulso social no puede ser una tendencia original, y que el origen de su formación radica en el estrecho círculo de la familia. Al estudiar teóricamente la postura del individuo frente a la sociedad, escribió: "Con el nacimiento hemos dado el gran paso del absoluto egocentrismo narcisista al reconocimiento de un mundo externo y variable así como a un rudimentario descubrimiento del objeto..." Según S. Freud el sentimiento social depende de la transformación de un sentimiento inicialmente hostil en un sentimiento positivo.

R. Spitz subraya que G. Simmel llamó la atención sobre la posible investigación sociológica en el conjunto madre-hijo, o "díada", al tiempo que observa que, tal vez, en él se halle el germen del posterior desarrollo de las relaciones sociales; un punto, dice Spitz, en que la relación todavía no existe como tal. Pues una relación supone dos seres distintos, conscientes cada uno de ellos de que lo son. J. Rof Carballo, por su parte, estudió ampliamente la estructura y la génesis de la "realidad dialógica".

Vemos, pues, cuán ambiguo es el término "socialización". Unos lo consideran un tipo de relación infantil, en pro o contra de una persona concreta, aceptando una socialización en el período de fusión o simbiótico, mientras otros consideran que no hay una percepción social hasta el momento en que se convierte en interlocutor y establece una distancia frente al otro, o sea hasta el momento de establecerse la alteridad. De hecho, en la evolución del niño hay toda una serie de lazos y relaciones.

En publicaciones sobre el desarrollo infantil, como las de A. Gesell, encontramos las edades propias de determinadas acciones sociales. También se han elaborado escalas de maduración social: la de E. A. Doll o la de Vineland miden la competencia social en términos de interdependencia y responsabilidad; M.-Cl. Hurtig y R. Zazzo mantienen la idea de adquisición de autonomía y la de integración social y añaden una tercera, la inteligencia social, o comprensión de situaciones sociales.

Por ahora nos limitaremos a estudiar las grandes corrientes de opinión de los autores que de manera especial han profundizado en la evolución de la sociabilidad.

Sabemos que, para Ch. Bühler, las primeras reacciones del niño ante los seres humanos son positivas, y que las reacciones sociales negativas son más tardías. También hemos visto que, para dicho autor, el grito del niño ya constituye un medio de llamar a otra persona, y que la sonrisa del tercer mes es siempre una reacción claramente social. Ch. Bühler considera que:

— hacia los 5 meses, el niño es un ser socialmente activo, que busca espontáneamente entrar en

contacto con cuanto se halla a su alcance, tanto si lo percibe a través del oído como por el contacto físico;

- entre los 6-7 meses trata de hacer entrar en su juego a los que le rodean;
- hacia los 8 meses ya tiene cierta capacidad de interpretarlos y comprenderlos.

La conducta social negativa se caracteriza por la huida, la defensa y el ataque. La respuesta de huida y defensa del niño *durante el primer año* está condicionada por dos factores: el estar muy controlado, cosa que disminuye su libertad, y el extrañar las caras desconocidas. Durante dicho período el niño no manifiesta simpatía ni da muestras de calor afectivo. La simpatía o antipatía manifiestas hacia personas concretas no aparecen hasta los *dos años*. Mirado objetivamente, es significativo que cambien hasta ese punto las reacciones sociales del primero al segundo año, lo que induce a pensar en una mutación psicobiológica fundamental. *Entre los dos y los cuatro años* las reacciones del niño ante los demás difieren de las del primer año. No sólo llegará a distinguir unas personas de otras, sino que también espera de ellos una cierta consideración como persona. *Entre los dos y los tres años* comienza a interesarse por sus propios objetivos, y al llegar la crisis de los tres años, le hace sufrir su dependencia de personas de quienes se defiende y a quienes se resiste. Establece los máximos contactos hacia los *cuatro años*. Entre los 5 y los 6 se da la segunda madurez del niño; aprende a acomodarse con un grupo; en cambio, en edad preescolar no podía ni deseaba adaptarse a ello. Entre los 5 y los 10 años casi ya no presenta problema alguno en sus relaciones sociales. Mientras que a los 3, según Ch. Bühler, todos los niños son niños-problema, entre los 5 y los 10 son una excepción, y cuando esto sucede suele tratarse de un niño neurótico. Observa el autor que entre los 12 y los 17 años se produce una metamorfosis, la mutación de la actitud positiva en actitud negativa.

Al reflejarnos la evolución social del niño, Ch. Bühler presenta algunas teorías con la idea de mostrar dos polos en las relaciones entre el individuo y la sociedad, uno, caracterizado por la necesidad de diferenciación, y otro que se caracteriza por la necesidad de establecer un contacto con el otro: "A medida que el niño se torna menos dependiente y lábil de equilibrio y se vuelve más activo, positivo e independiente en relación con el mundo que le rodea, ya no siente la misma necesidad inmediata de los demás y se vuelve cada vez más insistentemente a los objetos de su alrededor".

Los estudios de J. Piaget sobre el desarrollo intelectual han mostrado que al crecer los niños tienen unos compartimientos determinados frente a su entorno físico o social.

Prescindiendo del término empleado —en particular, del de egocentrismo—, J. Piaget describe las diversas fases del desarrollo social tomando como punto de partida el desarrollo intelectual. Para él, el egocentrismo intelectual es una actitud espontánea que rige la actividad de la psique infantil en su más temprana edad y se mantiene toda la vida en los estados de inercia mental. Considerado por el lado negativo, dicha actitud se enfrenta a la relación con todo el mundo y a la coordinación de perspectivas; en resumidas cuentas a la actividad interpersonal. Desde el punto de vista positivo, dicha actitud consiste en la absorción del Yo dentro de las cosas y el grupo social, de tal manera que el sujeto cree conocer personas y cosas por sí mismas, cuando en realidad les atribuye caracteres objetivos de cualidades de su propio Yo o de su propia perspectiva particular. Salir de tal egocentrismo equivaldría a disociar el sujeto del objeto, habida cuenta que la comprensión de los demás y del mundo físico extrañan dos condiciones:

- tomar conciencia como persona y separar el sujeto del objeto, no dando al segundo los caracteres del primero;
- dejar de considerar el propio punto de vista como el único posible y sumarlo a los de los otros, lo que implica que los pareceres sean diversos.

El egocentrismo es una actitud que disminuye progresivamente con el transcurso del tiempo.

Estudiar el lenguaje del niño es un modo de observar las relaciones con el otro. J. Piaget enseña cómo el niño utiliza diferentemente el lenguaje en situaciones y con finalidades diferentes. Habla cuando se halla solo, también habla para sí mismo cuando se hallan otras personas delante (monólogo), habla sin preocuparse si los otros escuchan o no, si responden o no (monólogo colectivo), cuenta cosas a los demás, hace preguntas en espera de respuesta. Estudiando las diferencias, el autor muestra que hay épocas del desarrollo nacidas en el estadio en que el monólogo lo es casi

todo y que, tras unas fases, cuya característica es el monólogo colectivo, se entablan auténticas conversaciones cada vez más amplias. En cada fase del desarrollo hay restos de la fase anterior e indicios de la que está por llegar.

R. S. Nielsen, continuando una parte de los trabajos de J. Piaget, distingue 4 estadios:

- El estadio no social, situado entre el nacimiento y los tres o cuatro años, cuya característica es la absoluta falta de diferenciación entre los componentes de la sociedad. Al cumplir los dos años el niño ha tomado conciencia de su propia personalidad y de un todo confuso extrae uno de los componentes de la sociedad que es el Yo.

- El estadio egocéntrico o presocial, entre los tres o cuatro años y los siete u ocho. Tras la toma de conciencia del Yo viene el descubrimiento del otro, de los semejantes. Es una fase egocéntrica en la que hay una exploración más o menos consciente, más o menos dirigida del Yo y del problema ambiente, pero el niño se retrae o se defiende encarnizadamente para no entrar en contacto con los otros niños. Es una fase de transición de la acción solitaria y de una actitud antagonista para con los demás a un acercamiento cada vez más estrecho que posibilita que los niños lleguen a trabajar en común.

- El estadio de exploración de los factores socializadores, entre los siete u ocho años y los trece o catorce. Aumenta el deseo de comunicarse con los demás, que evolucionará hasta el pleno desarrollo de la mutua adaptación de la sociabilidad, y eso en forma progresiva.

- El estadio de organización consciente de las relaciones sociales.

El problema de la socialización en el niño no se puede disociar del problema del desarrollo emocional, que, como ya indicamos anteriormente, ha sido estudiado por H. Wallon y C. Bridges, así como tampoco es separable del desarrollo afectivo.

E. Erikson distingue ocho etapas en el desarrollo psicológico y social del ser humano:

- La primera etapa (fase oral sensorial) se caracteriza por las primeras muestras de confianza en la sociedad por parte del niño —la facilidad de alimentación, un sueño profundo, el buen funcionamiento de sus intestinos...—. Pero poco a poco irá apareciendo también una desconfianza fundamental. Esto ocurre con la dentición, por ejemplo, cuando los dientes le hacen sufrir y los amigos del exterior son incapaces de calmarlo o no se prestan a lo único que en parte le calma: a dejarse morder.

- La segunda etapa es la de la pequeña infancia (fase muscular o anouretal); prepara el terreno a dos diferentes modalidades sociales que se dan simultáneamente: el retener y el dejar ir. Se alternan la autonomía, la humillación y la duda de sí mismo.

- La tercera etapa, la del parvulario (fase locomotriz infantil-genital), añade al inventario de las modalidades sociales básicas las de coger, y comporta como actitud la iniciativa, que alterna con sentimientos de culpabilidad.

- La cuarta etapa o edad escolar (período de latencia), antes de que el niño psicológicamente ya un personajillo familiar, lo sea biológicamente; comenzará a trabajar por sí solo y aprenderá a lograr un prestigio elaborando su propia obra. Se advierten actitudes de trabajo y sublimación, así como fijaciones en el comportamiento edipiano.

- La quinta etapa, o fase juvenil (pubertad y adolescencia) se caracteriza por la integración en que se forma la identidad del propio Yo, que es algo más que la simple suma de las identificaciones infantiles. El peligro de dicho estadio es que la función se diluya, dispersándose la personalidad.

- La sexta fase, período preadulto (sexualidad), se caracteriza por actitudes de sociabilidad y aislamiento.

- La séptima fase, edad adulta, se caracteriza por la productividad y el egotismo.

- La octava, de madurez, por la integración de esperanzas y gustos.

S. Isaacs estudia la vida en tres actitudes principales, semejantes a las enunciadas por C. Bridges: actitud egocéntrica inicial, hostilidad y agresión, actitud amistosa y cooperativa.

- La característica de la actitud realmente egocéntrica es que el niño advierte la presencia de otros niños, pero no su personalidad ni sus posibles méritos.

- El comportamiento hostil y agresivo puede ser consecuencia de carácter del niño objeto de la hostilidad o bien tener su origen en conflictos personales.

— La actitud de colaboración entre niños en edad preescolar es más consecuencia de un accidente que consecuencia de una reflexión y de algo consciente.

El autor considera el problema de la socialización que lo sitúa en el plano de las identificaciones del Yo con los demás y considera que tiene suma importancia la vida fantasmática. La no acomodación entre los participantes en los juegos infantiles y la realidad de su fantasía y sus propios deseos ocasiona el primer choque para las conductas egocéntricas y representa la primera educación social auténtica. Prosigue la educación con la experiencia de verdaderos contactos en momentos en que las diversas fantasías coinciden —más o menos ocasionalmente—, cuando se comparten emociones y acción en un juego que implica cierta reciprocidad.

Para M. Mahler, durante las primeras semanas, fase de *autismo normal*, la vida despierta del lactante se centra alrededor de sus perpetuas tentativas de regulación homeostática, el niño está en un estado de *narcisismo primario absoluto*, marcado por la falta de conciencia del principio maternal. A partir del segundo mes, una vaga conciencia del objeto de satisfacción señala el inicio de la fase de *simbiosis normal* en la cual no hay diferencia aún entre “yo” y “no-yo”,² el interior y el exterior sólo llegan a ser percibidos como diferentes de forma gradual. Toda percepción desagradable es alejada más allá de la frontera del medio simbiótico interior. El narcisismo primario es menos absoluto a medida que el niño empieza a percibir. El inicio de esta fase en la que tiene lugar la transición de una organización biológica a una organización psicobiológica, se sitúa, según M. Schur, en el momento en que el deseo sustituye a la necesidad puramente fisiológica. Durante los cinco primeros meses, el lactante recurre al “partenaire” simbiótico —ese Yo auxiliar— para no tener necesidad de desarrollar sus propios recursos. La fase siguiente de *separación-individualización* (entre los 5 y 30 meses) se divide en varias subfases; M. Mahler la considera un proceso de *eclosión*. Desemboca en la realización de un funcionamiento autónomo ligado a la presencia y a la disponibilidad de la madre; este proceso le permite al niño, gracias al predominio del placer en el funcionamiento autónomo, superar la parte de angustia de separación suscitada por cada nueva etapa.

Anna Freud ha estudiado el problema de la socialización sobre la base de los principios del psicoanálisis del funcionamiento de la mente. Indudablemente, al comenzar el desarrollo del niño, hay que tener en cuenta la unidad biológica de la pareja madre-hijo. El narcisismo de la madre se traspasa al hijo, que incluye a la madre en su narcisismo interior (W. Hoffer).

Desde el plano del principio del placer y del principio de la realidad, podríamos decir que el primero representa lo asociar, la inadaptación y la irresponsabilidad, y que el segundo es fundamental para la adaptación social y el desarrollo de una actitud de acuerdo con las leyes. No obstante, sería equivocado afirmar que la relación entre el principio de realidad y la socialización es directo. Como subraya A. Aichhorn, puede obtenerse un elevado grado de adaptación a la realidad sin poner dicha capacidad al servicio de la adaptación social. Según Anna Freud, el paso del niño del principio de placer al principio de realidad implica una creciente tolerancia a la frustración de sus impulsos y deseos, a su postergación, la inhibición de sus objetivos y su desplazamiento hacia otras finalidades y objetivos, a la aceptación de placeres sustitutivos, todo ello invariablemente acompañado de una reducción de satisfacción de sus deseos. Para Anna Freud, el desarrollo de las funciones del Yo es condición indispensable para la adaptación social, y el autor advierte que no cabe esperar actitudes sociales en el pequeño en la fase preverbal o antes de alcanzar la memoria, el sentido de la realidad y el proceso segundo del pensamiento. Los mecanismos del Yo que facilitan la adaptación a la sociedad son: imitación, identificación e incorporación. La imitación de los padres es el primero de estos mecanismos. Al imitar a los padres o familiares que le cuidan, el niño adopta el papel de personas mayores y poderosas, que saben controlar mágicamente el flujo y reflujo de la satisfacción de sus necesidades e impulsos según unas reglas que en esa fase le resultan misteriosas y extrañas al niño. A los intentos de identificación de la fase edipiana les sigue el intento de imitación, con tal que hayan sido fuente de placer. La identificación se basa en el deseo infantil de apropiarse permanentemente de lo que desea, transformándose a sí mismo o, al menos, cambiando su propia imagen en la de sus familiares. La incorporación de la autoridad exterior,

2. En el original: “je” y “non-je” (primera persona del pronombre personal). (N. del T.)

familiar, se suma a la nueva instancia interna durante el período edipiano y con posterioridad. Así se da el paso del estatuto de un simple ideal deseable al de un legislador eficaz y real; a partir de ese momento el Superego se las ingenia para dirigir desde dentro el control de los impulsos.

Indudablemente, la adaptación a la sociedad no se produce sin tener en cuenta el imperativo de los instintos y la organización de los diferentes mecanismos defensivos. Siempre, según Anna Freud, los procesos de imitación, de identificación e incorporación constituyen una etapa preparatoria indispensable a la futura adaptación a la comunidad adulta, pero no garantizan que la adaptación llegue a feliz término ni siquiera cuando coinciden las reglas familiares y las de la comunidad social. El reglamento escolar, por ejemplo, conserva un cierto parecido con la familia en la medida en que la imagen del maestro lo encarna por más que las reglas escolares apenas si respetan las diferencias individuales. El que los niños se identifiquen o sometan a las reglas familiares no garantiza que se vayan a someter a las de la escuela. Posteriormente, cuando el niño pase de la escuela a la comunidad adulta, la reglamentación legal se convierte en totalmente impersonal. El “ser igual ante la ley”, dice Anna Freud, no sólo constituye una ventaja para la persona individual, sino que ello supone que se prescinde del deseo de ventajas, privilegios personales y trato preferente.

II. — SOCIALIZACIÓN Y PRIMEROS CONTACTOS

El niño hace cosas que constituyen la base de los primeros contactos que adquieren un significado diferente durante la evolución. Forman parte de la misma constitución evolutiva; modificativa personalidad que, al realizarse, cambian ellas mismas con el desarrollo, según la importancia que el niño u otra persona les conceda o según la importancia que adquieran en el marco de la adaptación social. Estudiaríamos sucesivamente la función de la mirada, de la sonrisa, del sí y del no y, finalmente, la del juego.

1.º Experiencia de la mirada

Scheller fue el primero en hacer constar que el sentido de la mirada es experiencia fundamental de la otredad, y que la percepción del otro y la comprensión de la expresión no vienen condicionadas por un juicio fundado en los datos sensoriales, que actúa en estado original, y que la expresión es lo primero que el niño capta de lo que le rodea. Para el autor, la percepción del otro es “un-ser-capaz-de-participar-en-el-ser”, ya que, al haber un intercambio de miradas, “no sólo veo unos ojos, sino que veo una persona que me mira”. La fascinación de la mirada, bien conocida en el campo etológico, tiene capital importancia en la vida del niño. H. L. Rheingold considera que el contacto, no ya físico sino visual, constituye la raíz de la sociabilidad humana y que la exploración infantil del entorno es una actividad primaria básica. Tras los estudios de E. Kaila (1935), R. Spitz, K. M. Wolff (1946) y R. Ahrens (1954), sabemos la importancia social de las respuestas del niño al ver una cara. Posteriormente ha sido estudiado por K. S. Robson (1967), que nos ofrece una excelente visión de conjunto sobre la evolución y el significado del llamado mirar *de hito en hito*. P. H. Wolff admite que durante la cuarta semana de vida el recién nacido mira fijamente los ojos del observador como si le mirara de hito en hito. Diversos estudios indican que el contacto hito a hito es un factor que representa la mutua interacción entre la acción de la madre y el recién nacido. El tipo de contacto hito a hito entre una madre y su bebé parece saltarse todo sistema de interacción y transmite plenamente el carácter de intimidad y distancia de sus relaciones (K. S. Robson). La importancia del contacto depende de la situación y del ambiente en que se desenvuelve: la duración de la mirada de la madre guarda relación con la mirada infantil, momento apropiado para entrar en contacto en relación con las necesidades del recién nacido, clima afectivo

y emocional en que se desarrolla el contacto. Es sobradamente sabido que el contacto a través de la mirada prevalece en la acción de tomar alimento hasta el punto de que los pequeños se suelen distraer al succionar. Y, sólo más tarde, se excitarán ante el seno materno o el biberón. R. Ahrens considera que al cumplir los cinco meses disminuye la capacidad de respuesta a la mirada, y la boca se convierte en la zona más apropiada para atraer la sonrisa y provocar la atención. Parece ser que las niñas se muestran más atentas y se acostumbran antes al rostro humano (J. Kagan), pero, como indica K. S. Robson, la atención que presta al rostro materno depende de sus características y del entorno. Podemos, así, considerar varios tipos:

- los lactantes de mirada despierta que buscan insistentemente los ojos maternos, y, una vez entran en contacto con ellos, les cuesta apartar la mirada;
- los lactantes que llegan al contacto, pero no se muestran muy fascinados;
- los lactantes que evitan los ojos de la madre.

Indudablemente, esta tipología no funciona cuando la madre no se sabe adecuar (miradas fugitivas) o cuando evita el contacto por aversión absoluta (caso más bien raro). En general, parece acertado admitir, con K. S. Robson, que el número de contactos oculares de la madre, traducidos en términos de frecuencia recíproca y sostenidos, debieran influir en la progresiva habituación al rostro.

Nos parece que este tipo de experimento obedece en la primera fase vital a mecanismos de "afecto" que pudieran considerarse provocadores "innatos" de respuestas maternas (como piensa J. Bowlby), semejantes a los fenómenos de presión forzada que, tras la fase de imantación (cuando existe la posibilidad de mirar o no), tienen valor de auténticos "encuentros", o de diálogo preverbal, enormemente significativo. Sólo ocurrirá cuando el propio campo de la mirada no quede forzosamente sin objeto, cuando —hasta cierto punto— tenga la posibilidad de captar la mirada y dejarse captar por otra. No deja de ser una libertad relativa, como señala J. P. Sartre, ya que al mirar al otro puede uno considerarle un *objeto*, pero si este descubre al observador, éste pasa a ser sujeto y considera al otro como objeto. A partir de este momento, dice el mismo autor, la mirada de otro me "desposee", y "yo" paso a ser "para otro".

Pero no se reduce la mirada al problema del "mal de ojo": con razón afirmaba E. Mounnier que la mirada no es sino una función de captación, aunque también es la facultad de llamar y evocar. En relación con el desarrollo, R. Meili considera que hay diversos movimientos de la vista, uno para cada edad: la sonrisa como respuesta antes del sexto mes, la mirada de interrogación al llegar a los doce meses, la mirada en demanda de ayuda hacia el año y medio, la mirada para pedir aprobación al cumplir los 25 meses, etc.

Parece ser que la mirada ejerce un efecto sedante en el niño, simbiótica inicialmente, y posteriormente también de mutua posesión; por un fenómeno de diferenciación, puede convertirse en "buena" o "mala" mirada, o tomar un sentido social más o menos autónomo, dentro de lo que D. W. Winnicott denomina espacio potencial, que en la experiencia actual equivale a volver a vivir nuevamente tempranas relaciones.

2.º La sonrisa

Ya hemos indicado anteriormente la importancia que R. Spitz atribuye al problema de la sonrisa como "organizador". Con razón cree dicho autor que uno de los primeros y más eficaces estímulos para promover la sonrisa social es una *Gestalt* visual con la forma de ambos ojos y la frente, que hace que los ojos del bebé y los del observador se sitúen frente a frente. Muchos autores confunden el problema de la sonrisa y el de la mirada —digamos de paso que en la realidad se entremezclan—; pero la sonrisa puede nacer de múltiples aferencias: auditivas, verbales, epidérmicas, etc. Si en un primer momento la sonrisa responde a un esquema "inscrito" valorador de una fácil reacción de los músculos faciales, posteriormente, sobre la base de una mecánica instrumental, se convertirá en un elemento de los primeros esbozos de mirada. J. A. Ambrose considera que la sonrisa es una reacción característica de la especie que, salvo casos patológicos, es parte integrante de unos modos de conducta del ser humano, a partir de las dos semanas anteriores al nacimiento. El problema que plantea la influencia de la imitación ha originado numerosas controversias. No es fácil señalar en

qué momento aparece la imitación de la sonrisa. Para unos es muy temprana; otros piensan que no se da antes de los tres meses.

Lo que podemos decir es que en cada persona cambia la aparición de la sonrisa provocada, lo mismo que la capacidad estimulante de la sonrisa del adulto y las relaciones preexistentes. Pero aun en la sonrisa imitativa rápidamente supera la reacción-reflejo para convertirse en una forma anticipatoria de relación que puede originar las primeras comunicaciones y el diálogo. Lo que define el valor de la sonrisa es un funcionamiento egocéntrico o aloecéntrico, sonrisa-reacción o sonrisa-relación, sonrisa-captada o sonrisa-propia, sonrisa-diálogo, que pasa del esquema dado al modelo construido. Con razón se ha dado a la sonrisa el sentido de una manera de ser que en principio corresponde a un bienestar o tranquilidad, y pasa a convertirse en un esbozo de comunicación, sólo comprensible al margen de la relación y de lo que nos viene dado.

3.º Del gesto a la comunicación

Según R. Spitz, el gesto "sí", que parece seguir inmediatamente al de "no", lo encontramos hacia el tercer mes, cuando el niño llega a ser capaz de levantar la cabeza de la almohada. Hay que resaltar que si lo descubrimos en una época tan tardía es porque el lactante no tiene, antes, la posibilidad de mover la cabeza hacia arriba y hacia abajo.

Aparte de estas gesticulaciones en las cuales R. Spitz intenta encontrar los primeros indicios de la comunicación, hay que señalar que el niño tiene para expresarse una completa actividad motriz, gutural y esfinteriana que utiliza para la comunicación con la misma habilidad que esos movimientos de la cabeza; entre el período del balbuceo y el del lenguaje propiamente dicho existe un período entero de comunicación que puede tener carácter de satisfacción e incluso de consentimiento (a través de una cierta monotonía gutural o a través de ciertos tipos de balanceo) o por el contrario carácter de negación (con gestos de encogimiento o de rebelión). Por otra parte hay que señalar que en el plano del lenguaje, también la negación, el "no", precede a la explicitación positiva del "yo". (1.ª persona del pronombre personal).

Sobre esta base, le corresponde a R. Spitz el mérito de haber intentado definir unos términos confusos: el "yo" pronombre, el "yo" sujeto del verbo, el "no-yo" y el "uno". El "yo" pronombre es un sistema organizador central de dirección con papel de mediador entre el exterior y el resto de la psique. El "uno" es el resultado de la conciencia por el que se es una unidad que siente y actúa, separada y distinta de cuanto le rodea; es un precipitado cognoscitivo de la conciencia en un plano más elevado que el "yo". Aparece una muestra de la conciencia del "uno" en el momento en que el niño empieza a hablar de sí mismo, incluso en tercera persona. El "yo" sujeto verbal y el "no-yo" son conceptos no psicoanalíticos que se aplican al comenzar a tener conciencia de la existencia de algo esperado de él que es su entorno.

Si, propiamente, no cabe hablar de semántica del gesto en su evolución, no obstante se puede afirmar que en el plano de la comunicación existe cierta continuidad entre el conjunto de la expresión corporal y gestual y lo que ha de ser el lenguaje.

4.º La función del juego

La importancia social y cultural del juego es universalmente admitida. J. Huizinga cree que la civilización se inicia y viene a ser un juego. Su valor social es mucho menor si la consideramos como una simple necesidad biológica, como descarga de energía superflua, como fenómeno de compensación y como actividad suplementaria destinada a satisfacer aptitudes no utilizadas, es decir, como expresión de una intrínseca actividad energética. Sea lo que fuere, el niño encuentra al otro en el juego o puede emplear algunas reglas y ritualizarse en función de las aportaciones culturales. K. Gross considera que el juego es un ejercicio de preparación en que el niño juega siempre de una forma que prefigura la futura actividad del adulto, siendo el juego una especie de preejercicio de las funciones mentales y de los instintos. Distingue los juegos de función corriente, juegos de experimentación, y los juegos especiales, que preparan para la lucha, pa-

ra la función familiar, etc. Esta clasificación supone unos presupuestos teóricos no demostrados aún.

Estructuralmente, M. M. Stern distingue juegos individuales y juegos colectivos, y Ch. Bühler señala cuatro tipos de juegos: juegos funcionales, imaginativos, de creación o construcción y juegos sociales.

J. Piaget propone una clasificación fundada en la estructura, que al mismo tiempo sirve de análisis y de evolución del juego al crecer el niño en edad. Señala también tres grandes estructuras:

- juegos sin especial carácter lúdico, "de ejercicio", en los que se hace cualquier cosa por gusto sin que la utilización lúdica de la conducta la modifique en su estructura;
- juegos que al ejercicio añaden un nuevo elemento estructural, el símbolo y la ficción, o capacidad de representar con gestos una serie de realidades no actuales, ausentes y no dadas en el momentáneo campo perceptivo, juego del "como si";
- juegos con unas reglas ya tradicionales, transmitidas de generación en generación y que son instituciones sociales propiamente dichas.

Los tres tipos de juegos tienen muy diferentes curvas evolutivas.

El juego como ejercicio crece en importancia en los primeros meses, tiene su apogeo en los dos o tres primeros años y progresivamente va declinando. La curva del juego simbólico se inicia después con la función simbólica durante el segundo año; tiene su apogeo en la primera infancia y disminuye después. Finalmente, el juego de reglas se inicia muy tempranamente imitando los juegos de reglas de los mayores, pero hasta los siete u ocho años no son juegos organizados (organizados espontáneamente). El juego total adquiere mayor amplitud, hasta la edad adulta. Normalmente ha de ser precoz el juego de ejercicios, porque no requiere una especial estructura lúdica; no es sino repetición de acciones no lúdicas, por ejercicio o adquiridas; repetición que adquiere carácter lúdico en la medida en que el placer funcional o el placer en sí se impone a la adaptación propiamente dicha. El juego simbólico aparece posteriormente, ya que supone la representación de la imagen mental. El niño —prosigue el mismo autor— necesita acudir al simbolismo porque no le basta el lenguaje, ya que éste está constituido por palabras empleadas por todos cuantos hablan una misma lengua, porque las palabras hacen referencia a conceptos que constituyen monedas de cambio y no útiles individuales del pensamiento. El gesto y el símbolo son un instrumento de evolución que permite revivir para compensar, liquidar y satisfacer un interés o cualquier otra finalidad desde el punto de vista afectivo. El juego de reglas, al revés que los otros dos, tiene cada vez mayor importancia. El juego, según unas reglas, es un resultado de la vida colectiva y crea esa nueva realidad que es la regla, al tiempo que elimina la realidad centrada en el Yo que constituye el simbolismo. Pero, aunque los juegos de reglas son los juegos adultos por antonomasia, los juegos de ejercicio y simbólicos no desaparecen del todo.

Entre otros trabajos más recientes, los estudios de J. Chateau sobre la conducta en el juego como referencia social son de base genética.

Aun procediendo por diferentes caminos, E. Erikson distingue tres etapas evolutivas en la evolución de los juegos infantiles:

- inicialmente, los juegos se realizan en la "autoesfera": el niño explora sensaciones exteroceptivas o interoceptivas en relación con su cuerpo o con quienes se ocupan del cuidado de su cuerpo;
- cuando juega en la "microesfera", utiliza pequeños juegos representativos para exteriorizar sus fantasías. Se interrumpe constantemente su actividad lúdica; vuelve a la "autoesfera" en un movimiento regresivo y rehace las funciones de su Yo en la "microesfera";
- al llegar a la "macroesfera", el niño ya usa la relación con los adultos y aborda el proceso de socialización.

El niño juega según su grado de madurez y sus posibilidades cognitivas y de adaptación a la sociedad, pero no hay que olvidar lo que la parte externa del juego representa para él. El niño expresa sus posibilidades a través del juego, y a través del juego se halla a sí mismo y a los demás.

Para Melanie Klein, el juego no es simplemente la satisfacción de un deseo, sino un triunfo y dominio de la realidad penosa, mediante el proceso de proyección en el mundo exterior de los peligros internos; "el juego transforma la angustia del niño normal en placer".

Para S. Lebovici y R. Diatkine, el juego es un modo de relación con el adulto con el que no sólo expresa sus posibilidades de oponerse a su dependencia, sino incluso las de adquirir una relativa autonomía; también puede ser el símbolo o la expresión de relaciones positivas: puede constituir una de las relaciones más válidas y constructivas con el adulto. Por otra parte, el juego no sólo tiene una función en la estructuración de las especiales formas de relación objetales, sino que expresa directamente dicha relación.

A ello hacía referencia S. Freud con su juego de la "bobina". El niño tira continuamente al suelo objetos que su madre tiene que recoger otras tantas veces; el rito, tan jubiloso para el bebé, lo interpreta S. Freud como la prueba de que el niño tiene la absoluta certeza de que la madre que está ausente volverá. Indudablemente, como el niño es capaz de conocer la realidad del objeto materno, también puede tener una representación de lo que es su ausencia, una representación mental; al hacer que se le devuelva la bobina, el niño se asegura de que su madre, objeto de alucinación, posee una realidad palpable.

Desde muy temprano, y a lo largo de su segundo año, da un sentido a los objetos —el osito de peluche, los animalitos con los que juega e incluso llega a dormir— considerándolos como "objetos de transición", soporte de unas proyecciones en que se proyectan los primeros mecanismos defensivos: identificación-frustración, identificación proyectiva o incluso identificación del agresor. Cuando los juegos funcionales le parecen juegos para él o en él —juegos autocéntricos—, el adulto suele considerarlos como una actitud de ofrecimiento. Después, por imitación, parecen ser reflejo de otro, pero también puede producirse una disyunción de los demás por una especie de representación repetitiva. Ciertos juegos que semejan actividades autocéntricas son en realidad el juego del niño con su doble. Según D. W. Winnicott, entre el campo de la realidad psíquica interior o personal y el del mundo real (relativamente constantes, uno determinado biológicamente y otro que es propiedad común), se sitúa "un tercer campo, el del juego, que se desarrolla por la creatividad y en toda manifestación cultural humana. El tercer campo se opone a la realidad psíquica interior o personal y al mundo real en que vive el individuo y que puede ser objetivamente percibido". D. W. Winnicott lo sitúa en el espacio potencial entre la persona y su entorno, que inicialmente uniera y separara a la vez al hijo y a la madre.

A nuestro entender, dicho espacio es el mediador entre el niño y su otro "él mismo", espacio en que es actor y espectador y en que, mediante el juego, se manifiesta, va tanteando y haciendo cálculos, jugando a cara o cruz, trampeando y transgrediendo simbólicamente toda interdicción. En los juegos ya está presente el otro. Aun cuando el juego colectivo, en el sentido clásico de la palabra, no aparece hasta pasado bastante tiempo, parece ser que los contactos y el diálogo del juego aparecen precozmente.

*
**

J. Bowlby ha insistido sobre todo, en los primeros intercambios sociales que no se desarrollan a partir de la base de la satisfacción de las necesidades psicológicas.

Numerosos estudios, de inspiración fundamentalmente etológica, han puesto de relieve que el lactante, durante las primeras semanas, se comporta de forma particularísima para con las personas aún con el inconveniente de no distinguir a una persona de otra. Esta es, para J. Bowlby, la primera fase del comportamiento de apego, y a la que llama fase de orientación y de señales sin discriminación de figura: el recién nacido, dice, está provisto de un determinado número de sistemas de comportamiento preparados para activarse; aún con el inconveniente del hecho de que los estímulos que activan o terminan de desarrollar estos sistemas de comportamiento son discriminados de forma algo grosera, existe la tendencia inherente ("bias") a responder de manera especial a los estímulos que emanan generalmente de seres humanos —al sonido de una voz, al ver una cara humana y a los estímulos táctiles y cenestésicos que provienen de los brazos o del cuerpo humano—. Y aún más a la sonrisa, para ello J. Bowlby recuerda reseñas de la literatura que tratan de la orientación visual hacia la cara humana, el contacto establecido al girar la cabeza, maman-

do, agarrando, alcanzando con la mano, así como con el bacheo y los lloros. Descubre las tendencias preformadas iniciales de respuesta del lactante, la función de alarma, para provocar respuestas de las personas que le cuidan, lo que consigue con su comportamiento, y cómo el *feedback* de estas personas es utilizado de distintas formas para terminar dicho comportamiento, para aumentar (o para disminuir) la posibilidad de que se reproduzca y, progresivamente, para restringir únicamente los estímulos eficaces a aquellos de origen humano y, por último (en la mayoría de los casos), a aquellos que proceden de la figura materna y de otras figuras escogidas.

Para J. Bowlby, no son sólo los niños los que tienen una tendencia a comportarse de manera especial para con los seres humanos, si no que también las madres tienen una tendencia inherente a comportarse de manera especial para con su bebé.

D. W. Winnicott se ha comprometido a estudiar las aportaciones de la madre al hijo y su presencia actuante: ella existe, sigue existiendo, y está allí, para ser sentida de todas las formas posibles, ella ama de forma física, procura el contacto, una temperatura corporal, el movimiento y la quietud según las necesidades del bebé. Uno puede confiar en su sedimento, pero no de forma mecánica; son fiables si existe empatía con la madre. Los cuidados maternos del principio, el "mantenimiento", protegen frente a los peligros psicológicos, vigilan la sensibilidad de la piel (táctil, térmica), la sensibilidad auditiva, la sensibilidad visual, la sensibilidad al movimiento, así como el hecho de que el niño ignora la existencia de cualquier otra cosa que no sea el *self*. Se compone de toda una rutina de cuidados diurnos y nocturnos, diferentes según cada niño, ya que forman parte de él mismo y no hay dos niños parecidos. Se va adaptando día tras día a los cambios que le depara el crecimiento y el desarrollo, cambios que son tanto físicos como psíquicos, simultáneamente. Dentro del "mantenimiento", está el hecho de que se tiene físicamente al niño, lo que es una forma de amor.

III. — PERSONALIDAD Y SOCIALIZACIÓN

La persona humana no es comprensible, según A. Hesnard, sino en estrecha dependencia del medio interhumano. Cuando el ser humano integra la actividad orgánica o biológica, que mantienen su existencia y le unen a su medio biológico se le da el nombre de *Cuerpo*; cuando su actividad orgánica, su necesidad de afecto o su afectividad se identifican, en parte, con los objetos de sus grandes intereses vitales y se unen a otros seres humanos vivos, recibe el nombre de *Individuo*; integrándose con su actividad orgánica, instintiva o de complejas estructuras, identificándose con sus semejantes y consigo mismo como proyección espiritual de algo ideal, y convirtiéndose en un ser de valores, derechos y deberes, con mayor autonomía y libertad, y cuanto más unido a los demás se sienta moralmente, se le da el nombre de *Persona*.

No podemos tratar en este momento todo el problema de la personalidad, pero sí podemos señalar, con G. de Montmollin, las constantes que aparecen en las diversas teorías de la personalidad. Como idea de totalidad: "la personalidad es la suma de hábitos, actitudes y rasgos del ser humano" (R. Linton); como individualidad, o sea, la diferenciación de individual, no opuesta a la unicidad, en que la personalidad garantiza a la persona su originalidad esencial; su particularidad; como idea de lo concreto: "la personalidad es lo que permite predecir lo que hará una persona en una situación concreta" (R. B. Cattell); como idea de unidad, será estudiada como

noción de estructura y de grado; como idea de estabilidad, comprenderá la característica de una conducta en diferente tiempo y situación. G. de Montmollin distingue dos grandes tipos de teorías sobre la personalidad: las teorías del pronombre, que acentúan las vivencias históricas y causales —sobre lo fenomenológico en ocasiones—, y las teorías del adjetivo que tratan de calificar y clasificar.

La noción de personalidad no es un fenómeno en sí. Es la consecuencia de la progresiva organización de la persona, que evoluciona de un estado de dependencia a otro de independencia, en el sentido que le da Piaget, evoluciona del egocentrismo a la heteronomía, simple aplicación de reglas exteriores aún no interiorizadas, para concluir en la autonomía, o respeto a la regla, no condicionada por ninguna coerción exterior y libremente consentida.

Los psicoanalistas dan diferente significado a las nociones de heteronomía y autonomía.

No pretendiendo traer a colación los problemas expuestos por H. Hartmann sobre la organización del Yo, conviene recordar la idea de D. Rapaport sobre la relativa autonomía del Yo frente a la realidad externa, autonomía garantizada por los componentes del Yo de la autonomía primaria y secundaria. No admite que el Yo se forme sobre la base del Ello sino que el Yo y el Ello se forman por diferenciación a partir de una matriz común indiferenciada en la que ya existen los aparatos que se convertirán en instrumentos de orientación del Yo, de la prueba que son la realidad y la acción. Son los denominados *aparatos de autonomía primaria*. Estos aparatos primarios sirven para satisfacer los instintos y entran en conflicto como factores independientes del Yo. Son los aparatos mnemónicos, motor perceptivo y los aparatos de umbral —incluidos los de descarga afectiva y motriz— o aparatos que hacen adaptarse el organismo a su elemento ambiental. *Los aparatos de autonomía secundaria* se originan sobre la base y vicisitudes de los instintos, que se tornan "extraños" a sus fuentes instintivas, o, sobre la base de unas estructuras defensivas formadas en el proceso de resolución de conflictos, y que experimentan "un cambio de función", transformándose en aparatos de adaptación. En otras palabras, los aparatos de autonomía secundaria no son "innatos" sino nacidos de la "experiencia". D. Rapaport cree que el organismo se halla provisto de aparatos que le disponen al contacto con cuanto le rodea —en el camino de la evolución—, pero su conducta no es esclava del entorno ya que también tiene unos impulsos producto de su misma organización que constituyen una garantía definitiva contra la esclavitud de los estímulos. A su vez, la acción del organismo no es una simple expresión de sus formas internas, ya que los mismos aparatos mediante los que el organismo está en contacto con el ambiente, son la mejor garantía contra el dominio de los impulsos.

D. Lagache cree que el psicoanálisis se replantea la unidad y la autonomía humanos. Hemos de admitir una teoría que suponga una relativa autonomía del Yo, una combinación de heteronomía y autonomía en relación con el entorno y los demás sistemas o estructuras del sistema psíquico. Los límites de la autonomía del Yo tienen tres aspectos: heteronomía externa, heteronomía intersistémica y heteronomía intrasistémica. La heteronomía externa se define en relación a lo que se ha dado en llamar, en pocas palabras, la realidad o ambiente, y responde, por un lado, a un choque de demandas de la persona, y por otra parte, a las demandas externas, lo que origina el conflicto intrapsíquico. La heteronomía intersistémica responde a la dependencia del sistema del Yo con respecto a las motivaciones positivas o negativas que proceden del Ello y del Superyo. La heteronomía intrasistémica del sistema del Yo corresponde a las estructuras defensivas del Yo inconsciente, que escapan al conocimiento y control personal. Cabe afirmar la heteronomía de una persona en la

medida en que se encuentre más ó menos dependiente de uno de los sistemas de referencia, y a la inversa, que es relativamente autónoma según su capacidad de pasar de un sistema a otro, de tener cierta movilidad.

G. de Montmollin compara dicha opinión con las ideas de K. Lewin, y considera que se asemejan a la idea de sistema, a la pluralidad de sistemas y a las relaciones "intrasistemáticas" e "intersistemáticas". Para D. Lagache, el que la persona sea una unidad poco consistente, equivalente a lo que llama autonomía relativa del Yo, o que el Yo surja por un proceso de diferenciación y sistematización, proceso que da origen —en palabras de los seguidores de Lewin— al "hogar", al sistema de referencias y "fondo" con respecto al cual vienen unos informes tanto del exterior como del interior, así como los comportamientos que responden a ellos son filtrados, integrados y organizados. Pero ya es sabido que no hay que identificar la doctrina psicoanalítica con la de Lewin.

El niño que vive inmerso en la sociedad se desarrolla dentro de un sistema de "estatutos" especiales que le confieren, o él mismo se confiere, una determinada función, o actuación, o papel, o rol. J. Stoetzel piensa que el estatuto personal es la conducta que un hombre puede esperar que le consientan los demás; su actuación o rol es la conducta que los demás esperan de él. Hoy día se emplea con frecuencia el término actuación o papel, o rol, término no siempre claro.

En la actual literatura, según G. de Montmollin, la palabra rol, actuación o papel, tiene tres sentidos muy diversos:

—Es la serie de exigencias—norma, tabús, responsabilidades, etc.— dependientes de la estructura social y que van unidos a dicha estructura. Según eso, el problema de la personalidad individual sería el reflejo del funcionamiento social, un epifenómeno.

—En segundo lugar, "el rol" hace referencia a las acciones de una persona que tiene una postura definida en la sociedad. Lo fundamental en este caso es la persona agente y su manera de actuar, voluntaria o no voluntariamente, con acuerdo total o en parte, o nulo con las exigencias de la organización social.

—El tercer significado de rol hace referencia a lo que uno de los miembros piensa que le corresponde hacer en una organización. Sea lo que fuere, el problema sólo halla una solución desde el prisma psicosociológico.

G. H. Mead le da un valor especialmente dinámico. Considera que la aparición del sí mismo depende de la capacidad de cada cual de contemplarse como objeto, capacidad que sigue a la apropiación de la acción ajena, es decir: el sí mismo se origina en la comunicación y al apropiarse de la actuación o rol de los demás. Esta adquisición del rol de uno se integra progresivamente en diferentes concepciones de uno, correspondiendo cada una a la definición de sí mismo por los demás. Si en un principio el niño se habla a sí mismo como le hablan los demás, andando el tiempo, cierta comunidad y permanencia de modelos le permiten desarrollar "el otro generalizado" que representa la realidad social tal como es vista por Uno.

Como señala H. G. Gough, el poder asignarse un papel proporciona una técnica para la comprensión y el dominio de sí mismo; hacer una actuación o ponerse en el lugar del otro permite prever su conducta. Realizar diferentes papeles motiva que una persona sea sensible a las reacciones ajenas y abandonar o modificar la acción no expresada.

En cierto modo, la actuación o rol es la emanación de la interrelación individuo-medio, y se ofrece al individuo en un determinado marco social, pero en determinadas sociedades y, a partir de una determinada edad, le permite cierta libertad de elección que el individuo a veces no puede transgredir sin alterar su personalidad o entrando en una situación conflictiva que ha de superar.

La idea de *personaje* es más compleja. La naturaleza del personaje, piensa J. Maisonneuve, es aleatoria y no simple; combina los impulsos individuales (temperamento e ideales) y los influjos externos (modelos y controles sociales). Desde muy pronto el niño querrá parecer un personaje a su familia, si le parece que así puede ser interesante y ser admirado por los demás o beneficiarse al tener contentos a los demás, incluso con una especie de pequeña oposición, cuando los demás se prestan a la comedieta. En la vida social, la idea de personaje responde a una respuesta de ofrecimiento a la demanda de los otros, a veces no sólo viene a representar lo que hay que ser o parecer socialmente, sino lo que se quiere ser. En uno de sus aspectos, responde a cierto ideal del Yo. Junto a estas dos formas, J. Maisonneuve habla del "personaje como máscara", que oculta, realmente, a otro que es él, en el fondo, o que se oculta a sí mismo o a los demás lo que es o teme ser; el "personaje como refugio" o representación en que se absorbe casi mágicamente para liberarse de su angustia.

IV. — LA ADOLESCENCIA

Son muchos los que se han dedicado a definir las características de la adolescencia. No obstante, la noción de adolescencia no existe en todas las sociedades. En algunas sólo se describen cuatro tipos de edades: el bebé, el niño, el adulto y el viejo. No se puede decir que una edad cronológica pueda servirnos de índice de desarrollo. Ciertos autores han puesto de manifiesto que existen instituciones en las que se agrupan, bajo el término "niños", todas las personas menores de 18 años, mientras que otras sociedades para "jóvenes" se ocupan desde los niños menores de 10 años hasta los jóvenes adultos de 25, inclusive.

Un número elevado de autores no establecen diferenciación entre la pubertad y la adolescencia, mientras que para otros por un lado existe la pubertad somática (estado somático sin posibilidad de retroceso a menos de presentarse un bloqueo espectacular) y por otro, la adolescencia que es un fenómeno mucho más complejo y que únicamente puede definirse a partir de un patrón psicológico (R. Laplane y colaboradores), es decir que una depende de la naturaleza mientras que en la otra la naturaleza y nutrición (natura y nultura) se complementan.

La edad de la pubertad está mucho mejor definida ya que se caracteriza por un determinado número de datos visibles: modificaciones morfológicas, sexuales y endocrinas. De entre las modificaciones visibles, la del vello caracteriza tanto al muchacho como a la muchacha (púber significa pelo), pero el término pubertad se emplea generalmente para indicar la facultad viril de los muchachos. Este término de pubertad apareció en Francia hacia el siglo XIV en el que casi nunca se hablaba de la muchacha púber, sino de la muchacha "núbil"; a veces, al muchacho púber se le llama simultáneamente "puberiente" y "púber" (A.-M. Rocheblave-Spenlé). Se han descrito distintos estadios de la pubertad en función de la aparición y de las modificaciones sucesivas del vello pubiano. En el caso de las niñas, la aparición de la primera regla establece la fecha de comienzo de la pubertad: actualmente tiene lugar, por término medio, entre los 13 y los 14 años, aunque existen variaciones según las regiones; estas variaciones no parecen depender ni de la raza ni del clima, sino que más bien parecen estar relacionadas con factores socioeconómicos y nutritivos así como constitucionales. Parece ser que desde el último siglo a hoy, el inicio de la primera regla retrocede de 4 a 6 meses cada diez años.

Para los psicoanalistas, la pubertad aparece después de la *fase de latencia* (desde los 7 hasta los 12 años). No obstante, es peligroso considerar silenciosa la fase de latencia ya que, de hecho, como dice P. Blos, durante esta fase, se produce, una transformación de la personalidad que prepara para la adolescencia; lo que cambiaría sería el creciente control que el Yo y el Superyo ejercen sobre la vida instintiva. Pero, como ha apuntado D. W. Winnicott, no se tiene aún certidumbre sobre lo que constituye la fase de latencia. Algunos consideran (B. Bornstein) que esta fase no es uniforme. De final de la primera fase de latencia (de los cinco años y medio hasta los ocho), las demandas pulsionales siguen siendo activas y el Superyo todavía es algo extraño. En la segunda fase de latencia (desde los ocho hasta los diez años), el Yo estaría expuesto a unos conflictos menos graves, las exigencias sexuales serían menos fuertes; el Superyo sería sentido menos extraño y la adaptación a la realidad estaría más y mejor asegurada.

Como dice Ch. David, los fenómenos de la latencia deben: aparecer a su tiempo, teniendo en cuenta las exigencias del entorno; no ser excesivamente débiles, ausentes o lacunares, ya que, en un caso así, pueden acompañarse de cuadros mórbidos, generalmente de mal pronóstico; y por último, no ser demasiado exagerados desde el punto de vista de las manifestaciones de rechazo y de inhibición.

De hecho, sólo se puede intentar precisar los límites de la adolescencia si se tiene en cuenta, simultáneamente, los factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

Los *factores biológicos* responden a factores constatables (la regla en las muchachas, la erección y la eyaculación en los muchachos), así como a modificaciones de los caracteres sexuales secundarios. Los mecanismos de la modificación puberal se explican por la puesta en acción de la hipófisis anterior y, desde el punto de vista neurológico, la del hipotálamo anterior. La hormona somatotropa hipofisaria actúa directamente aumentando la masa corporal y sobre el crecimiento en longitud del esqueleto. Asimismo intervienen en ello determinadas hormonas sexuales. Otras hormonas hipofisarias actúan indirectamente sobre las gónadas, fundamentalmente las gonadestimulantes, así como la tiroestimulina y la corticostimulina, teniendo, a su vez la corticoadrenal un papel también esencial sobre la secreción androgénica. Las gónadas entran en acción por medio de las hormonas gonadotropas de entre las cuales dos de ellas son esenciales: la foliculostimulina (FSH) y la luteostimulina (LH). Es evidente que estas modificaciones corporales generales y genitales, sobre todo, desempeñan un papel no sólo por el hecho de su existencia física sino incluso por la importancia psicológica de su presencia.

Las modificaciones de la estatura significan hacerse mayor y, por otro lado algunas modificaciones ponderales, como por ejemplo una ligera obesidad, pueden ser; contrariamente, vividas como una molestia. La aparición del vello pubiano, del vello axilar o torácico, la evolución del pene en el muchacho o el desarrollo mamario en la muchacha pueden ser vividos como un temor o como una afirmación. La aparición de la regla en la muchacha no informada puede ser un descubrimiento molesto o incluso vergonzoso; algunas muchachas pueden creerse portadoras de una enfermedad. Pero, como indica H. Deutsch, la menstruación puede vivirse por la muchacha de forma progresiva en lo que concierne a su aspecto biológico mientras que las reacciones emotivas pueden manifestarse de forma regresiva. A veces, la menarquia, que confirma la feminidad, puede ser considerada una vergüenza, una impureza, o bien puede evocar la posibilidad de procreación, asociándose así la menstruación con el embarazo y con las relaciones sexuales. Si para la niña la menstruación es el despertar espectacular de un nuevo período dentro de su evolución biológica que además puede ir o no también acompañado de un despertar sexual; para el niño la eyaculación se acompaña de una alegría de la cual no es aún dueño y que le hará sentirse culpable ante las prohibiciones sociales. Estas manifestaciones de la naturaleza, por naturales que sean, son sentidas de forma diferente según las culturas, tabúes y capacidad de fantasear de padres e hijos.

Los *factores sociológicos* se entrelazan íntimamente con los biológicos durante la adolescencia. M. Mead considera que la adolescente de las islas Samoa únicamente se diferencia de la no

adolescente por los cambios físicos que la primera ha sufrido. En otros pueblos, el paso de la infancia a la adolescencia, incluso a la edad adulta, se hace por unos "ritos de cambio" durante los cuales el sujeto se somete a todo tipo de pruebas que determinarán su estado de adulto y después de las cuales la comunidad le atribuye una función perfectamente determinada. Si bien en ciertos casos el ceremonial es quizá convencional y simbólico (ceremonias de iniciación a veces complejas), en otros, se acompaña de pruebas físicas tales como la circuncisión en los muchachos y la clitoridectomía en las muchachas. Algunos antropólogos han insistido en que el estado de adulto no coincide necesariamente con el período de los cambios físicos de la pubertad. Creen que, para comprender las "tempestades o tensiones" de la adolescencia, debemos buscar la explicación, más en la sociedad que en la biología. (O. Klineberg).

Según B. Zazzo, la actitud de los adolescentes pertenecientes a una misma sociedad y a una misma zona geográfica, se diferencia en función de sus status y sus roles. Cuando se trata de sociedades en las que la adolescencia se define como un período de inserción social, se puede prever que es parecida para todos por su carácter general de transición y, por otra parte, que se diferencia a partir de las modalidades de la vida social y sobre todo según la duración de esta transición. Se ha llegado a decir (sin que esto implique en sí mismo una contradicción) que la "aparición de la pubertad" es un acto de la naturaleza y la adolescencia un acto del hombre" (P. Blos); se podría mejor decir, "del hombre insertado en una sociedad dada". Por ello se explica que ciertas características, como el ascetismo y la intelectualización, se observan sobre todo en aquellas capas sociales que se caracterizan por una enseñanza escolar estricta (Anna Freud), que sería la particularidad de la juventud europea, mientras que la "uniformidad" (P. Blos), fenómeno de grupo que protege al individuo, sería particular de la juventud americana. Sin embargo, nos podemos preguntar si esta diferenciación sigue existiendo en la juventud actual en la que el adolescente "no está muy inclinado a dejarse llevar por una predestinación wertheriana" (H. Deutsch).

Por otra parte, la historia nos muestra (W. F. Soskin y cols.) que antiguamente un niño normal era a menudo cabeza de familia a los 16 años, gallardo soldado del ejército real a los 14 o 15, aprendiz responsable de su profesión a los 13 o 14, mientras que en la actualidad, en determinadas clases sociales, el período de dependencia está mucho más alargado. Recientemente se ha subrayado (Anna Freud) que la edad de responsabilidad legal en Inglaterra ha crecido gradualmente desde los 8 a los 17 años, y en los Estados Unidos desde los 7 a los 16, luego a los 18 y, en algunos estados, incluso hasta los 21. Esta indulgencia nos parece justa pero quizá no tiene el carácter que se le quiere dar. Como dicen W. F. Soskin y cols., tendemos cada vez más a tratar a nuestros adolescentes y a nuestros muchachos como niños, mientras deploramos que no se comporten como adultos. Por si fuera poco, hay diferencias entre los sexos. O. Lewis observa, después de estudiar un pueblecito mejicano (y de hecho esto puede extenderse en general a las sociedades de origen greco-latino), que las niñas están obligadas a llevar una vida más sedentaria que anteriormente y a padecer nuevas contrariedades a nivel personal mientras que los niños, al contrario, ven como se les concede una mayor libertad y una situación mejor. Por otra parte, se conoce la importancia concedida al hombre en las familias patriarcales de África, de Oriente y del Oriente Medio, en las cuales el deber de virginidad antes del matrimonio es liberal para el hombre y obligado para la mujer. Después de lo que acabamos de decir, es imposible definir la adolescencia sin tener en cuenta el estado y el rol de los jóvenes en la sociedad.

Sin embargo, el adolescente no puede explicarse únicamente a partir de la interferencia entre lo biológico y lo sociológico. Si bien es cierto que debe hacer la historia, no lo es menos que es fruto de su historia personal.

Psicología de la adolescencia o psicología de los adolescentes. — Acabamos de ver lo difícil que era delimitar la noción de adolescencia y hasta qué punto esta noción respondía a un juicio hecho por otros y al mismo tiempo a unas modificaciones en la personalidad del sujeto. ¿Es la adolescencia un período durante el cual ocurre algo? ¿Es un estadio de desarrollo? ¿Es una crisis dentro de la historia individual?

A veces la adolescencia se considera, un poco, como una enfermedad; se dice "la juventud, hay que pasarla", como si nos refiriésemos a la tos ferina o al sarampión.

Más generalmente se habla de *crisis de la adolescencia*, pudiendo referirse esta noción a una fase particular del desarrollo de la personalidad o a una crisis psicosocial en el sentido que le da E. H. Erikson, sin considerar con ello la adolescencia como una "aflicción" sino más bien como una crisis normal, como una fase normal con conflictos mayores. No obstante, es clásico hablar de crisis de la adolescencia, de torbellino de la adolescencia, de crisis de originalidad juvenil. En la mayoría de estos casos se trata de una descripción de las características psicológicas del adolescente, que aparecen a lo largo del desarrollo. Se integran en el marco de lo que H. Nagera ha llamado "conflictos de desarrollo" (que deben distinguirse de las perturbaciones o interferencias del desarrollo atribuibles a exigencias exteriores exageradas o no, respecto a la edad real), es decir alteraciones sufridas por todos los niños, en mayor o menor grado, cuando se plantean ciertas exigencias del entorno, aunque sea en el momento apropiado del desarrollo, o cuando los niveles de desarrollo y de maduración alcanzados crean conflictos específicos. L. S. Cotrell considera, desde un punto de vista sociológico, que los conflictos de la adolescencia provienen de una falta de definición de la situación del adolescente en nuestra sociedad; esta indeterminación colocaría a los jóvenes en una situación análoga a la del "hombre marginado".

Ciertos autores han descrito, dentro del marco de la originalidad juvenil (M. Debesse, P. Mendousse, etc.), un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente durante la adolescencia, unas de ellas morfológica, como la transformación corporal; las otras instintivas, tales como el despertar de las necesidades sexuales (sobre todo a partir de esta época); preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, actitudes ambivalentes y extremas entre el deseo y el amor platónico, unidas a una fragilidad en la orientación sexual, una labilidad de carácter con rebeldía contra los padres, rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive; duda y afirmación del Yo, narcisismo y necesidad de estimación, certeza e incertidumbre, timidez y búsqueda de originalidad.

Sólo se puede comprender el mundo del adolescente a través del conocimiento de las vicisitudes de las pulsiones y de las defensas (de los bloqueos y de los procesos de identificación que buscan la identidad), desde la línea que une la dependencia con la autonomía afectiva y social. Por otra parte, no se le puede separar de la noción de su situación en una sociedad dada, del rol que ejerce, o que cree tener o que cree que se le impone. Para J. Rouart, la ambigüedad del adolescente vendría marcada por las oscilaciones de una personalidad en formación "a la búsqueda de un personaje que no quiere ser en cuanto es una forma definitivamente fijada, rígida y, por lo tanto, reñida con una serie inmensa de posibilidades y que, no obstante, quiere ser para dar a su vida una dirección, un lugar reconocido, una función ante los demás y así afirmarse". Es decir, que la adolescencia se podría presentar como una fase más, del "tener que ser", de necesidad y deseo de entrar en una nueva forma de existir, pero en la que coincide también una particular dificultad para realizarla.

Como dice P. Blos, *las modificaciones de la adolescencia* se pueden comprender a través de la alteración del tipo de equilibrio que existía entre *las pulsiones y el Yo* y a través del estudio del Yo en su medio, su función, y su manera de actuar. El Yo adolescente que ceda ante la alternativa de una reorganización radical, manifestará signos temporales de inadaptación en la esfera del comportamiento y en la del pensamiento. Con todo, uno se da cuenta que queda un Yo fuerte, esto es, de fe y

confianza en su cohesión, se podría decir incluso en su irreductibilidad, que no llegan nunca a quebrantarse, pero hay que añadir, que para el clínico, a menudo es difícil establecer una clara distinción entre una reorganización revolucionaria y una desintegración reversible. La fase terminal de la adolescencia se caracteriza antes por su actividad integradora, de adaptación del Yo, que por su actividad defensiva. Los mecanismos de estabilización son múltiples, y dependen tanto de la canalización de la energía pulsional y del desarrollo de las vías de descarga, como del modo de reaccionar de los padres ante esta dislocación del madurar. Hay que tener en cuenta que en este periodo se da un aumento cuantitativo de la pulsión así como un cambio del objeto amoroso, y que se produce un desplazamiento de los bloqueos con todo lo que esto implica en cuanto proceso defensivo y en cuanto proceso restitutivo.

Muchos autores han insistido sobre el hecho de que durante la fase de la adolescencia se produce una *merma del investimento objetal* derivándose hacia el Yo. El Yo toma como objeto al sí mismo³ y esto no se puede lograr a menos de desencadenar un conflicto afectivo para neutralizar la merma de la libido objetal; según P. Blos, el aspecto positivo de la merma de la libido objetal reside en el "dominio interno" por el pensamiento de los estados afectivos experimentados, en la autoobservación y en el desplazamiento de la catexia en el Yo, referente a las representaciones objetales y a las representaciones de sí mismo. Es decir, que se trata de estadios preparatorios para la orientación decisiva hacia el mundo objetal que precede a la verdadera función del "dominio externo". La compleja evolución de la adolescencia debe desembocar a una fase de consolidación.

Según E. H. Erikson, durante la pubertad y la adolescencia todas las *identidades* y las continuidades sobre las cuales el niño se había apoyado anteriormente se ponen en duda. En su búsqueda de nuevos sentimientos de continuidad y de identidad, los adolescentes están ansiosos por encontrar ídolos o ideales durables como guardianes de la identidad final. La integración que se produce para formar la identidad del Yo es más que la suma de las identidades de la infancia, es la experiencia acrecentada de la capacidad del Yo para integrar identificaciones, y las vicisitudes de la libido, y las capacidades desarrolladas a partir de las posibilidades innatas y las ocasiones presentadas por los roles sociales. El sentimiento de identidad del Yo se acrecienta, pues, según este autor, por la confianza que se adquiere, ya que a su identidad y a su continuidad interiores les corresponde la misma identidad y la misma continuidad en la mente de los demás. El peligro, en este estadio, es una identificación, a veces excesiva con héroes de grupos o de muchedumbres, hasta el extremo de llegar a una pérdida total de su propia identidad. En algunos casos, para E. H. Erikson, la persistencia de este tipo de relaciones puede desembocar en lo que él llama una "identidad del Yo negativa".

La organización del Yo no se puede comprender si se olvidan las modificaciones que se producen en los investimentos. Un punto importante es el de la sublimación de la sexualidad con un esfuerzo positivo orientado hacia una satisfacción genital y que aún viene acompañado por elementos negativos: ambivalencia de las emociones, culpabilidad debida a la masturbación, carácter incestuoso de las fantasías, naturaleza narcisista del amor, así como un refuerzo narcisista con desvaloración de la imagen de los padres (H. Deutsch). Según H. Deutsch, en el proceso de maduración lo principal es: aplacar al Superyo, restaurar el ideal del Yo en dificultad, así como reforzar el proceso de sublimación a través de la identificación con una imagen paterna rehabilitada.

3. En el original: "soi". (N. del T.)

No se pueden silenciar los importantes problemas que se han planteado por los *investimientos intelectuales y corporales*. Como dice J. Piaget, en efecto es durante el transcurso de la adolescencia cuando el sujeto consigue desembarazarse de lo concreto y cuando consigue situar lo real dentro de un conjunto de transformaciones posibles al beneficio de intereses orientados hacia lo inactual y lo futuro, y que va a evolucionar hacia el pensamiento hipotético-deductivo o abrir la vía a un espíritu experimental, y los efectos de la combinatoria y de la doble reversibilidad se perciben tanto para la conquista de lo real como para la de la formulación. Ahora bien, este cambio de perspectivas es, según J. Piaget y B. Inhelder, tan sumamente importante desde el punto de vista afectivo como cognitivo, ya que el mundo de los valores puede permanecer cerrado frente a la realidad concreta y perceptible o, al contrario, abrirse a todas las posibilidades interindividuales o sociales. Es en este período, según E. Kestemberg, cuando en la evolución se produce un enriquecimiento, una estructuración constante de lo vivido por lo conocido y viceversa. Para E. Pichon, propiamente hablando, no hay una jerarquía normativa en la sucesión de etapas del desarrollo intelectual y cada etapa contiene aspectos positivos que deben ser conservados. Dentro del marco del desarrollo intelectual determina los siguientes estadios: el estadio pueril, el estadio reflexivo entre los 7 y los 11 años, el estadio racional que se sitúa al empezar la pubertad. Dentro de este último período señala el peligro de "sobreadultismo"⁴, del racionalismo estéril. Por otra parte, para E. Pichon, el estadio de la fase racional no es el último, puede aparecer un nuevo distanciamiento que se caracteriza por lo que él llama el estadio filosófico, en el cual la razón teórica y especulativa es devuelta, de alguna manera, a su lugar; es la época de la modestia intelectual. Aun teniendo en cuenta estos factores intelectuales descritos por J. Piaget, para E. Pichon, el desarrollo intelectual está condicionado por factores afectivos, particularmente por la "ley de apetencia". Se podría incluso decir, con Anna Freud, que el peligro pulsional se hace inteligente. En nuestra sociedad actual es palpable la cantidad de informaciones recibidas y a menudo mal digeridas o muy orientadas, difíciles de elegir, dando lugar a un intelectualismo determinado y arbitrario y a una madurez afectiva mal metabolizada.

El problema planteado por el *investimiento corporal* ha sido abordado recientemente por un determinado número de autores (W. A. Schonfeld, E. Kestemberg, R. Ebtinger y J.-P. Sichel). Si, como dice W. A. Schonfeld, durante la infancia las modificaciones progresivas del aspecto que acompaña al crecimiento son fácilmente integrados en la imagen que el niño se hace de su propio cuerpo, en la confusión causada por la adolescencia, el ritmo de transformación se acelera mucho y necesita una revisión radical de la imagen corporal. El cuerpo debe compararse al de los otros y debe responder, hasta cierto punto, a ciertas concepciones sociales. La emergencia de ciertos tipos de transformación plantea problemas al adolescente ya debido a sus características simplemente morfológicas, ligadas a menudo al sexo, a la virilidad o a la feminidad, ya debido a la imagen que él mismo se ha hecho de su propio cuerpo comparándolo con el de los otros.

Las modificaciones de la apariencia corporal que se producen en los adolescentes les provocan una fantasmización de su propio cuerpo que a menudo es desconcertante y mal conocida. Por otra parte, E. Kestemberg prefiere utilizar la expresión "fantasma" del cuerpo antes que imagen del cuerpo para evitar la ambigüedad debida a la connotación neurológica de este último término. H. Deutsch insiste en que la primera eyaculación puede constituir un trauma para el muchacho, al recor-

4. En el original "Suradultisme" (N. de T.).

darle que no es dueño de sí mismo, dentro de su propio cuerpo, ni tan sólo en el aspecto puramente fisiológico. Como dicen R. Ebtinger y J.-P. Sichel el cuerpo puberal plantea la pregunta ¿cómo se puede vivir con un Yo que ha encontrado en la pulsión unas fuerzas que le superan, cómo aceptar no ser dueño absoluto, ni siquiera de uno mismo, cómo aceptar perder, perderse? El cuerpo aparece con toda su ambigüedad; en cuanto depósito de libido narcisista es un pilar del Yo, en cuanto origen de las pulsiones existentes "en sí", está descentrado con respecto al sujeto, en cuanto objeto de identificación, puede convertirse en el blanco al revolverse contra él. Por ello, estos autores introducen la noción de ambigüedad del cuerpo cuando hablan de la actividad suicida de los adolescentes "al apuntar sobre su cuerpo, el suicida alcanza al mismo tiempo al otro interiorizado y se ofrece como un espectáculo de desolación al otro exterior. Al disponer de su cuerpo, el adolescente escapa de todas las contrariedades pero también se pone como sujeto y, paradójicamente, el suicidio puede ser considerado como una afirmación de sí mismo" (R. Ebtinger y J.-P. Sichel).

Según E. Kestemberg, el pronóstico de la evolución de las crisis del adolescente será tanto menos favorable cuanto más intensamente empobrecidos queden los instrumentos intelectuales y el cuerpo. Es pues dentro de este equilibrio económico alterado, y en los mejores casos posteriormente reestablecido, entre los *investimientos* y los *contrainvestimientos*, entre los *investimientos narcisistas* de su propio cuerpo, de sus actividades intelectuales y los *investimientos* objetivos de los otros, es aquí donde se desarrollan las diferentes fases de la tempestad del adolescente.

Para W. A. Schonfeld, la *identidad del Yo* difiere de la imagen corporal en cuanto engloba las identificaciones del individuo y acentúa sobre las reacciones psicosociales. El adolescente debe responder a un determinado número de preguntas. ¿A qué categoría pertenezco? ¿Qué represento? ¿A qué me opongo, hacia dónde me dirijo, cuáles son mis relaciones con el otro sexo? ¿Soy suficiente para bastarme a mí mismo? Por otra parte la identidad del género es una dimensión muy importante y la identidad del Yo es casi siempre la principal, el rol ligado al género debería estar diferenciado del rol ligado al sexo.

Si se admite que la identidad es posterior al proceso de identificación a los modelos paternos, o a sus sustitutos, sobre el cual se proyecta el ideal del Yo, es evidente que la desvalorización de la imagen paterna puede constituir un traumatismo importante. Como dice H. Deutsch, la desvalorización del padre en cuanto miembro de un entorno social, que es criticado y rechazado por el adolescente, no es más que la simple racionalización de un proceso más profundo. Es la consecuencia de la vuelta regresiva de los antiguos fantasmas narcisistas de grandeza íntimamente ligados a la idealización de la imagen paterna. A. Stéphane considera, en un libro polémico, que una de las causas del desconcierto actual sería consecuencia del hecho de que las primeras identificaciones serían ante todo de carácter defensivo; ha cambiado su identificación edípica por una pseudoidentificación (narcisista) y, siguiendo con su obsesión de separarse de toda problemática edípica, hace una desidentificación o mejor dicho, una *contraidentificación*. Si la noción de muerte del padre, dice este autor, puede tener el sentido de un rechazo, hacer desaparecer el objeto puede representar, en determinadas situaciones, un intento primitivo de eliminación de los conflictos que conlleva su existencia. Pero, como él mismo dice, no es exacto creer que el padre, (o sus sustitutos) es normalmente objeto de odio y que cualquier actitud de admiración o de defensa respecto a él no es más que una defensa contra el sentimiento opuesto o sólo está motivado por el temor. En efecto, tanto en el amor como en el odio, la admiración coexisten. Y esto es lo que proporciona su fuerza y su carácter dramático al conflicto edípico.

El principio del placer y el principio de realidad no deben ser considerados como una oposición de principios sino como una complementariedad de los mismos. Si bien estamos de acuerdo con E. Stéphane cuando afirma que el principio de realidad ha nacido, como dice S. Freud, de la impotencia primaria del niño para ayudarse a sí mismo, no estamos de acuerdo con su opinión cuando dice que el principio de realidad en ningún caso es impuesto al niño por el exterior; coincidimos en que la inmadurez del niño crea en parte su dependencia, pero diferimos respecto a que ninguna sociedad podría remediar la situación del niño frente a su padre y su madre en la relación edípica. Creemos que, si bien es verdad que la inmadurez permite explicar un determinado número de valores negativos, también lo es que el niño es un ser activo y que es precisamente por su actividad como consigue su independencia y superar su Edipo. Por ello nos parece que ciertos tipos de sociedad son más edípicas que otras.

Creemos acertado que gran parte de los problemas actuales de la adolescencia está en dependencia con esta desvalorización de las imágenes identificatorias; pero esto no responde únicamente a la infravaloración que de ellas hacen los adolescentes, sino también a la imagen desvalorizada que los padres y la sociedad le ofrecen.

La noción de omnipotencia de ciertos adolescentes muchas veces no es más que el espejo de la impotencia que les es revelada. El adulto enseña claramente sus propias contradicciones y la información las amplía. Las dificultades del adolescente son fruto de su historia que evoluciona (dentro de la línea general del desarrollo) de la dependencia a la autonomía, del estado que se le ofrece en una sociedad confrontada con su propio deseo y de su ideal constructivo que se incrusta en una realidad que quiere sobrepasar.

Volveremos en parte sobre estos problemas en el Capítulo "El niño, el adolescente y la sociedad".

BIBLIOGRAFÍA

Aichhorn, A. — *Wayward youth*. Nueva York, Viking Press, 1935.

Ainsworth, M. D. S. — Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of infant-mother relationship. *Child Developm.*, 1969, 40, 969-1025.

Arhens, R. — Beitrag zur Entwicklung der Physiognomie und Mimikerkennens. *Z. exp. angew. Psychol.*, 1954, 2 412-454 y 599-633.

Bastide, R. — *Sociologie et psychanalyse*. P.U.F., París, 1950, 250 págs.

Blos, P. — *Les adolescents (Essai de psychanalyse)*. Stock, París, 1967.

Bornstein, B. — On latency. *Psychoanal. Stud. Child*, 1951, 6, 279-285.

Bowlby, J. — The nature of the child's tie to his mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1958, 39, 350-373.

Bowlby, J. — *Attachment and loss. I. Attachment*. The Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, Londres, 1969.

Buhler, Ch., Hetzer, H. y Tudor-Hart, B. — *Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr*. G. Fischer, Jena, 1927.

Buytendijk, F. J. J. — *Phénoménologie de la rencontre*, texto francés de Jean Knap. Desclee de Brouwer, París, 1952, 61 págs.

Casabianca, Rose-Marie de. — *Sociabilité et loisirs chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968, 287 págs.

Cattell, R. B. — *Personality, a systematic theoretical and factual study*. Nueva York, McGraw-Hill Book Company, 1950.

Chateau, J. — *Le jeu de l'enfant*. París, Vrin, edit., 1946.

Chateau, J. — *L'enfant et le jeu*. París, éd. du Scarabée, 1954.

David, Ch. — *L'état amoureux*. Payot, París, 1971.

Debesse, M. — *La crise d'originalité juvénile*. Alcan, París, 1936.

Deutsch, H. — *Problèmes de l'adolescence*. Payot, París, 1967.

Doll, E. A. — *Vineland social maturity scale. Condensed manual of directions*. Minneapolis (EE. UU.), (1.ª edic., 1947; 4.ª edic., 1965, 28 págs.).

Dufrenne, M. — *La personnalité de base*. P.U.F. París, 1953, 345 págs.

Ebtinger, R., y Sichel, J.-P. — L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confrontations psychiatriques*, 1971, 7, 81-102.

Erikson, E. H. — *Enfance et société*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1959.

Erikson, E. H. — *Luther avant Luther (psychanalyse et histoire)*, 329 págs. Flammarion, París, 1968.

Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. Gallimard, París, 1968. Original: International Universities Press Inc., 1965.

Freud, S. — *Totem et tabou*. París, Payot, 1923.

Fromm, E. — *The fear of freedom*. Routledge and Kegan, Londres, 1942, 257 págs.

Gesell, A., Ilg, F. L. y Ames, L. B. — *L'adolescence de 10 à 16 ans*. P.U.F., París, 1959.

Gough, H. G. — *A sociological theory of psychopathy*. En *The mental patient: studies in the sociology of deviance*. McGraw Hill Book and Co., Nueva York, 1968.

Hall, G. S. — *Adolescence*. N. Y. D. Appleton and Co., 1904.

Hartmann, H. — Ego psychology and the problem of adaptation. En D. Rapaport, *Organization and Pathology of Thought*. Columbia University Press, Nueva York, 1951. Trad. P.U.F., 1968.

Hesnard, A. — *Psychoanalyse du lien interhumain*. P.U.F., París, 1957, 232 págs.

Hoffer, W. — Mouth, hand and ego integration, *Psycho-analytic study of the child*, 1949, 3/4, 49-56.

Horney, K. — *Les voies nouvelles de la psychanalyse*, 1939. Trad. L'Arche, edit., París, 1951.

Huizinga, J. — *Homo ludens (Essai sur la fonction sociale du jeu)*. Trad. C. Serasia, Gallimard, París, 1951.

Hurtig, M. C. y Zazzo, R. — La mesure du développement psychosocial, 119 págs. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1967.

Inhelder, B. y Piaget, J. — *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. Essai sur la construction des structures opérationnelles formelles*, 315 págs. P.U.F., París, 1955.

Irvine, E. E. y Brown, D. E. — A propos de certains aspects psychosociaux de l'adolescence. En *L'abord psychiatrique de l'adolescence*. Red. G. Caplan y S. Lebovici, *Excerpta medica foundation*, 1966, 121-127.

Isaacs, S. — *Social development in young children*. Londres, Routledge, 1933.

Kagan, J. — Citado por Robson, 1967.

Kaila, E. — Die Reaktionen des Säuglings auf das menschliche Gesicht. *Z. Psychol.*, 1935, 135, 156-163.

Kardiner, A. y Linton, R. — *The individual and his society*, 503 págs. Columbia Univ. Press, 1939.

Kestenberg, E. — L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiat. Infant*, 1962, 5/2, 441-452.

Klineberg, O. — *Psychologie sociale*, trad., 2 t., vol. P.U.F., París, 1957-1959.

Lagache, D. — Les modèles de la personnalité en psychologie. *Symp. de l'Ass. de Psychol. scient. de Langue française*, por Lagache, D., Montmollin, G. de, Pichot, P. y Yela, M. P.U.F., París, 1965, 176 págs.

Laplane, R., Laplane, D., y Lasfargues, G. — *La puberté*. P.U.F., París, 1971.

Lebovici, S. — Quelques réflexions à propos de l'abord écologique en psychiatrie infantile. *Psychiat. Infant*, 1964, 7/1, 199-268.

Lebovici, S. y Diatkine, R. — Fonction et signification du jeu chez l'enfant. *Psychiat. Infant*, 1962, 5/1, 207-253.

Lewis, O. — *Life in a Mexican village*. Univ. of Illinois Press, Urbana, 1951.

Lezine, I. — Essai d'exploration des possibilités d'adaptation visuelle des enfants de 2 à 12 mois. *Enfance*, 1965, 5.

Linton, R. — *Culture and mental disorders*. Springfield, 1956.

Mahler, M. — *Symbiose humaine et individualisation. Psychose infantile*. Payot, París, 1973.

Maisonnewe, J. — *Psychologie sociale*. Col. "Que sais-je?", n.º 458, 128 págs. P.U.F., París, 1962.

Male, P. — *Psychothérapie de l'adolescent*. P.U.F., París, 1964, 260 págs.

Malinowski, B. — *Estudios de psicología primitiva*. Paidós, Buenos Aires, 1949.

Malson, L. — *Les enfants sauvages, mythe et réalité*. Unión General des Editions, París, 1964.

Marcuse, H. — *Eros et civilisation*, trad. Les Editions de Minuit, 1968. Arguments 18. Orig. 1955: Beacon Press, Boston.

- Mead, G. H. — *L'esprit, le soi et la société*, 1934, 332, págs. Trad. P.U.F., París, 1963.
- Meili-Dvoretzki, G. — *Das Bild des Menschen in der Vorstellung und Darstellung des Kleinkindes*, 1957, Berna, Huber.
- Mendousse, P. — *L'âme de l'adolescente*, 279 págs. P.U.F., París, 1955.
- Montmollin, G. de. — La notion d'interaction et les théories de la personnalité. En *Les modèles de la personnalité en psychologie*, 5-38. P.U.F., París, 1965.
- Nacht, S., Diatkine, R. y Racamier, P.-C. — *Psychanalyse et sociologie*. En *La psychanalyse d'aujourd'hui*. P.U.F., París, 1967.
- Nagera, H. — *Les troubles de la petite enfance. La névrose infantile et les troubles de l'âge adulte. Problèmes d'une psychologie psychanalytique du développement*, P.U.F., París, 1969.
- Nielsen, R. S. — *Le développement de la sociabilité chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
- Piaget, J. — *Pensée égocentrique et pensée socio-centrique*. *Cahiers intern. de sociologie* Fr., 1951, 10, 34-39.
- Piaget, J. — *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1945.
- Piaget, J., e Inhelder, B. — *La psychologie de l'enfant*. P.U.F., 1966.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Evolution normale. Pathologie. Traitement*. Masson et Cie, 3.^a ed., París, 1965.
- Rapaport, D. — *Organisation and pathology of thought*. Columbia Univ. Press, Nueva York, 1951.
- Reymond-Rivier, B. — *Le développement social de l'enfant et de l'adolescent*. 285 págs. Bruselas, C. Dessart, 1965.
- Rheingold, H. L. — The effect of environmental stimulation upon social and exploratory behaviour in the human infant. *Determinants of infant behaviour*, 1961, 1, 143-177 (Edit. por B. M. Foss), Wiley, Nueva York.
- Robson, K. S. — The role of the eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1967, 8, 13-25.
- Rocheblave-Spenlé, A. M. — *La notion de rôle en psychologie sociale*, 435 págs. P.U.F., París, 1962.
- Rocheblave-Spenlé, A.-M. — *L'adolescent et son monde*. Éditions Universitaires, París, 1969.
- Roheim, G. — *Psychoanalysis and anthropology in psychoanalysis to-day*. Edit. por S. Lorand. Intern. Univ. Press, N. Y., 1944.
- Rouart, J. — *Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence*, 140 págs. P.U.F., París, 1954.
- Scheler, — *Wesen und Forme der Sympathie*, Bonn, 1923.
- Schonfeld, W. A. — La psychiatrie de l'adolescent, un défi pour tous les psychiatres. *Confrontations psychiatriques*, 1971, 7, 9-36.
- Soskin, W. F., Duhl, L. J. y Leopold, R. L. — *Aspects socio-culturels*. En *L'abord psychiatrique de l'adolescence*. Red.: G. Caplan y S. Lebovici. Excerpta medica foundation, Amsterdam, 1966, 128-133.
- Spitz, R. A. — *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*, 1957. Trad. P.U.F., París, 1962.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole: la première année de la vie*, P.U.F., París, 1968.
- Stephane, A. — *L'univers contestationnaire*. Payot, París, 1969.
- Stoetzel, J. — *La psychologie sociale*, 316 págs. París, Flammarion, 1963.
- Sullivan, H. S. — *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, edit., Nueva York, 1953.
- Wallon, H. — L'étude psychologique et sociologique de l'enfant. *Cahiers intern. de Sociologie fr.*, 1947, 3, 3-23.
- Wallon, H. — *L'évolution psychologique de l'enfant*, 224 págs. París, A. Colin, 1950.
- Wallon, H. — *Les origines de la pensée chez l'enfant*. P.U.F., París, 1947.
- Wildlöcher, D. — *Le psychodrame chez l'enfant*. P.U.F., París, 1962, 152 págs.
- Winnicott, D. W. — The localisation of cultural experience. *Int. J. Psychoanal.*, 1967, 48, 368-372.
- Winnicott, D. W. — Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanal.*, 1954, 34/2, 89-97.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, París, 1969.
- Winnicott, D. W. — Analyse de l'enfant en période de latence, 81-92. En: *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, París, 1970.
- Zazzo, Bianca. — *Psychologie différentielle de l'adolescence*, 407 págs. P.U.F., París, 1966.

CAPÍTULO IV

PROBLEMAS GENERALES
DEL DESARROLLO

Sólo se dará el desarrollo infantil si existen unas estructuras anatómicas y una determinada organización fisiológica que viene dada con el nacimiento: una organización del cuerpo y vísceras, sistema endocrino y sistema nervioso que asegure el elemental funcionamiento biológico. Dicha mecánica le permite seguir viviendo, le confiere un fondo funcional, un ritmo biológico, pero no basta para hacer del recién nacido un hombre; todo lo más, pudiera permitirle una vida vegetativa. Este hombre no tiene posibilidades de vivir, ya que el verdadero sentido de la vida humana consiste en proyectarse hacia el futuro por medio del presente.

Por consiguiente, es fundamental conocer nuestra organización básica. Lo que somos no existe sino a partir de una formación anatómica; el "futuro" se realiza mediante la organización fisiológica de los circuitos y se manifiesta por la realización funcional a través de circuitos existentes más o menos fijos, más o menos fuertes. El estudio de la organogénesis de las estructuras, de la filogénesis de preformas o de los diversos sistemas de actividad requiere los mayores cuidados. Sólo así podremos discutir el problema de la neurobiología humana y el tan debatido problema del "organismo-medio".

I. — BASES MORFOFUNCIONALES DEL DESARROLLO

La evolución seguida por el niño recibe el nombre de "ontogénesis". Algunos la consideran semejante a la evolución en el reino animal, o filogénesis.

Desde el punto de vista filogenético, en la evolución animal, la aparición de determinadas formaciones nerviosas marcha a la par con la organización de determinadas funciones. Otro tanto parece ocurrir en el niño: a los sucesivos cambios morfológicos corresponde la aparición de unas funciones precisas.¹

1. Falkner, F. (ed.). — *Human development*. Saunders, Filadelfia, 1966.
- Minkowski, A. (ed.). — *Regional development of the brain in early life*. Blackwell, Oxford, 1967.
- Robinson, R. J. (ed.). — *Brain and early behaviour*. Academic Press, Londres, Nueva York, 1969.
- Himwich, W. A. (ed.). — *Developmental neurobiology*. Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1970.
- Tobach, E., Aronson, L. R. y Shaw, E. (ed.). — *The biopsychology of development*. Academic Press, Londres, Nueva York, 1971.
- Sterman, M. B., McGinty, D. J. y Adinolfi, A. M. (ed.). — *Brain development and behaviour*. Academic Press, Londres, Nueva York, 1971.
- Colloque international sur le développement pré- et post-natal du cerveau humain. Josiah Macy Jr. Foundation, París, 1972.

Numerosos autores (O. R. Langworthy; C. V. A. Kappers; P. I. Yakovlev; J. Leroy Conel; M. Minkowski; W. F. Windle; J. C. Larroche, etc.), han estudiado la evolución del sistema nervioso central del hombre.

W. F. Windle, además ha hecho un estudio del sistema nervioso central de embriones de 4 a 6 semanas.

A través del estudio del sistema nervioso central en distintos momentos consecutivos, J. C. Larroche consigue elaborar criterios útiles para establecer una edad madurativa y seguir la evolución de las grandes formaciones anatómicas, la maduración cortical y la mielogénesis desde los fetos de 2 meses de edad concepcional hasta el recién nacido a término. Aunque el desarrollo parezca regular, es decir que a cada edad concepcional, le corresponde un estadio madurativo preciso, existe un asincronismo llamativo en el desarrollo de las áreas corticales, de los núcleos de la base y en la aparición de la mielina. Algunos puntos concretos le han parecido más importantes y éstos son: las masas relativamente enormes de los núcleos grises (tálamo y cuerpo estriado) en relación con la pequeñez de los hemisferios; la riqueza en células que contrasta con la pobreza en dendritas y axones hacia el segundo mes de la vida fetal; la mielinización desde abajo hacia arriba de las vías de la sensibilidad y que preceden a la maduración de las vías eferentes; J. C. Larroche describe un verdadero esquema de la maduración cortical desde el punto de vista citológico y mielínico.

Los estudios más importantes, se han orientado hacia la citodiferenciación, la mielinización, la bioquímica, los potenciales registrables y las modificaciones sucesivas del EEG.

I. — ESTUDIOS CITOLÓGICOS

A. La Velle y F. W. La Velle han podido describir tres periodos en la diferenciación neuronal de los mamíferos: 1) aparición de los neuroblastos a partir del neuroepitelio primitivo; 2) crecimiento citoplasmático y nuclear acelerado con diferenciación de orgánulos hasta el punto de que la neurona es claramente reconocible en lo que atañe a su estructura celular específica; 3) desarrollo del árbol dendrítico y consecución del tamaño nuclear y citoplasmático terminal; la célula llega a ser tróficamente madura; aún puede darse un aumento del volumen durante la primera fase de este período y seguir durante toda la vida del animal. Estos autores han descrito con detalle el desarrollo de los orgánulos, es decir los cambios cronológicos de los constituyentes.

Después del nacimiento, si bien los cuerpos siguen acrecentándose, son sobre todo las prolongaciones citoplasmáticas, los axones y fundamentalmente las dendritas las que crecen en longitud y se ramifican de forma considerable. En el trabajo de V. M. Tennyson (1970) se puede encontrar un estudio detallado de esta evolución, con un intento de correlacionar las imágenes con coloración clásica y las imágenes del microscopio electrónico, y además un estudio correlativo similar con los otros elementos del sistema nervioso: neuroglia, vasos sanguíneos, células con vaina mielínica, mielogénesis, sinaptogénesis, etc. Las sinapsis, estudiadas sobre todo por D. P. Purpura (1971) en el gato, tienen una evolución y una proliferación durante el transcurso del desarrollo.

Las células nerviosas se multiplican sobre todo durante los primeros meses de la vida fetal hasta aproximadamente el 6.º mes, migrando y yendo a colocarse en lo que será la corteza cerebral, empezando la diferenciación celular hacia el 5.º mes de la vida fetal; proliferación, migración y diferenciación no son sincrónicas para todas las regiones.

Estudios citoarquitectónicos de las diferentes regiones cerebrales han sido realizados por J. Leroy Conel, en el niño recién nacido y a las edades de 1 mes, 3 meses, 6 meses, 15 meses, 2 años, 4 años y 8 años, a partir de los cuales ha estructurado unos esquemas. Lo mismo ha hecho Th. Rabinowicz en prematuros nacidos un mes antes de término, proponiéndose hacer lo mismo con los prematuros de 7 meses y de 6 meses y medio de vida fetal. Con todas estas investigaciones y comparando los resultados obtenidos, se puede llegar a reconstruir, dice Th. Rabinowicz, la velocidad de desarrollo y las características propias del "montaje" de la corteza cerebral. El número de neuronas por unidad de volumen disminuye con la edad; así en el lóbulo frontal, pasa de 2.600 en el prematuro de 8.º mes a 650 en el recién nacido a término y a 90 en la edad adulta. Además, al mismo tiempo, las diferentes capas que forman la corteza se hacen cada vez más ostensibles. Es en

la especie humana donde se encuentran menos neuronas por unidad de volumen (Haug, citado por Th. Rabinowicz).

J. Altman (1970 y 1971), estudiando la radiografía con timidina-³ la proliferación y la diferenciación celular, se puede poner de manifiesto la existencia de "microneuronas" o "interneuronas" que se multiplican y se diferencian al principio del período posnatal en los mamíferos nacidos prematuros y que serían más sensibles a las influencias del ambiente.

II. — ESTUDIOS MIELÍNICOS

El estudio de la mielogénesis ha sido considerado importante por cuanto que ésta es una de las bases esenciales de las etapas del desarrollo madurativo. Desde O. R. Langworthy, está demostrado que las vías se mielinizan en el mismo orden en que se desarrollaron filogenéticamente. Este estudio, hecho en los gatitos, ha sido reemprendido por M. Minkowski en los fetos humanos de 4 a 6 meses de edad concepcional hasta la edad de 2 años.

Todo el mundo está de acuerdo (J. Scherrer, G. Gottlieb, H. F. R. Precht, etc.) en que la mielinización no es necesaria para el funcionamiento y la reactividad. Algunos defienden la existencia de una cierta relación entre la evolución de la mielinización y la evolución funcional. Otros piensan que la mielina es un indicador de la cronología según el cual anteriormente a ella se ha realizado la maduración de las vías y de los nervios y por lo tanto de sus funciones correspondientes (P. I. Yakovlev y cols., 1967). Finalmente otros consideran la mielina como un criterio del término de las capacidades funcionales. Algunos (J. S. O'Brien), no obstante, parece que siguen aceptando las leyes de O. R. Langworthy según las cuales las vías del sistema nervioso central se mielinizan, en general, en el orden en que se desarrollan filogenéticamente y, por regla general, en el momento en que se hacen funcionales.

Estudiando los fetos humanos, T. Humphrey toma partido en el problema de la mielinización y del funcionamiento: en los fetos humanos, en la edad en que el primer reflejo sigue a la estimulación perioral, no hay signos de mielinización de las fibras craneales o espinales, periféricas o centrales (O. R. Langworthy, 1933; M. F. Lucas Keene y E. E. Hewer, 1931). Igualmente, el inicio de la formación de la mielina no es necesaria para el funcionamiento de los arcos reflejos que aparecen en primer lugar. Teniendo en cuenta que la mielina aparece en los tractos de desarrollo tardío, como en el sistema corticospinal, bastante antes de que existan signos de funcionamiento, es particularmente interesante señalar que las fibras utilizadas por estos reflejos que aparecen precozmente sólo se empiezan a mielinizar algún tiempo después de haber empezado a funcionar.

G. Gottlieb, siempre negando que sea necesaria la mielinización para el funcionamiento, señala no obstante que la mielina acelera el tiempo de transmisión neural. Como dicen R. Verley y cols., al mismo tiempo que se produce la mielinización se dan otras modificaciones no menos importantes: aumento de la colinesterasa, aumento de la densidad de las mitocondrias así como el aumento del diámetro de los axones. Para F. J. Schulte, la velocidad de conducción nerviosa depende esencialmente del espesor y de la integridad de la vaina mielínica, lo que a su vez quiere decir, de la distancia entre las estrangulaciones de Ranvier.

III. — ESTUDIOS BIOQUÍMICOS

Los estudios bioquímicos están, actualmente, en franca evolución y parecen ser muy prometedores (J. S. O'Brien, 1970; H. C. Agrawal y W. A. Himwich, 1970; W. A. Himwich, 1971; y en el Coloquio internacional sobre el desarrollo pre- y posnatal del cerebro humano, diciembre de 1972; H. C. Agrawal y cols., N. Kretchmer y cols., E. Farkas-Bargeron; L. Svennerholm; P. Lesch; E. M. Shooter).

Como resume W. A. Himwich (1971), los hechos fundamentales del desarrollo químico del cerebro de los mamíferos son: mientras el cerebro crece en peso, en longitud y en volumen a medida que avanza la maduración, también el agua es remplazada por sustancias orgánicas, especialmente lípidos y proteínas. Determinados aminoácidos libres crecen en concentración (p. ej., ácido glutá-

mico, ácido gamma-amino-butírico [AGAB], ácido aspártico), otros disminuyen (p. ej., la taurina), otros siguen manteniendo su concentración inicial. Parece que, en general, estos acontecimientos empiezan en las regiones caudales y de aquí, ascendiendo hacia las cefálicas. Algunas zonas, como el hipocampo, parecen relativamente maduras en el nacimiento, por lo que contradicen el concepto de la neurofilogénesis, y en cambio concuerdan mejor con la teoría de la sistemogénesis. El *pattern* de aminoácidos libres e incluso el de aminoácidos de las proteínas parece ser característico de cada región, incluso si se dan cambios con la maduración. El ácido glutámico encabeza el cuadro de los aminoácidos libres con unas cifras elevadas en la región rostral, y con otras algo disminuidas en el cerebro medio, ya que la concentración de AGAB es algo mayor en esta región. Se ha conseguido establecer las diferencias en ADN, ARN y en proteínas de las distintas partes del cerebro. Este autor insiste en el gran problema comparativo y de interpretación funcional que se presentan los datos bioquímicos, y asimismo en las "trampas" en que se cae al intentar correlacionar los datos bioquímicos con los datos anatómicos, electrofisiológicos y del comportamiento, que puede que sólo sean concomitantes. Igualmente insiste en el hecho que ciertas sustancias son muy influenciadas por los cambios del ambiente, mientras que otras presentan gran resistencia a los mismos, lo cual se hace más problemático si recordamos que recientemente se ha empezado a considerar el ambiente como influenciador.

Otro problema complica el esquema, es el de la existencia de diferentes vías para una misma sustancia, por ejemplo el caso del AGAB y del ácido glutámico, para los que hay determinados reservorios en vías metabólicas distintas.

Las sustancias que más gratifican al investigador en su estudio de la maduración química son los aminoácidos libres y sustancias como las proteínas y los lípidos que forman parte de la estructura básica del cerebro.

Estudios más específicos, como los realizados por H. C. Agrawal, con los aminoácidos y las proteínas de la mielina, demuestran que en el cerebro de rata, el ácido glutámico, la glutamina, el AGAB y el ácido aspártico, aumentan durante el desarrollo posnatal, dándose los aumentos más importantes entre los 8 y 10 días después del nacimiento; este período se caracteriza por el hecho de la rápida mielinización y por un aumento llamativo en la glucosa de los aminoácidos del cerebro; este autor aporta una serie de trabajos que sugieren que, durante este período, hay por lo menos dos concentraciones distintas de glutamato en el sistema nervioso; intenta interpretar el significado de la incorporación diferencial en las proteínas de la mielina a partir de los reservorios, grandes y pequeños.

La orientación actual de los trabajos parece estar dirigida hacia el estudio con orientaciones histoenzimológicas realizados por investigadores que son biólogos celulares y bioquímicos, como los estudios realizados por N. Kretschmer y cols., sobre las enzimas implicadas en la fase proliferativa del desarrollo celular del cerebro, estudios que se inspiran en la biosíntesis de la pirimidina, en los mamíferos, relacionada con la proliferación celular. O también, como otro ejemplo, el estudio realizado por E. Farkas-Bargeton sobre la histoenzimología de la maduración del neocórtex en el niño.

Otras investigaciones se centran en la bioquímica de los diferentes componentes celulares, y sobre todo de los que se supone son los responsables de la puesta en marcha de la información en el cerebro (p. ej., "nerve growth factor"; véase E. M. Shooter), de su transporte intercelular (monoaminas, ácido glutámico, aspártico, aminoacético, y AGAB), de su recepción por las células específicas (sistema de la adenilciclase), y de su repartición intracelular (AMP cíclico).

IV. — ESTUDIOS ELECTROGENÉTICOS

a) *El electroencefalograma.* — Se han podido seguir los primeros estadios del desarrollo eléctrico de los mamíferos en el útero gracias a las técnicas de implantación de los electrodos que pueden estar con el feto hasta el parto. De esta forma es posible conocer continuamente el electroencefalograma del feto simultáneamente con el de la madre.

Se pueden establecer correlaciones entre la evolución eléctrica y la evolución bioquímica del cerebro. Varios autores han acentuado la simultaneidad de los estadios bioeléctricos y enzimáticos dentro del desarrollo del córtex cerebral.

En el caso del hombre, se puede llegar a comprender los primeros estadios de la maduración eléctrica a través de su estudio en prematuros. En los prematuros de 24 a 27 semanas de edad concepcional, el registro electroencefalográfico es de tipo alternante (C. Dreyfus-Brisac), formado por períodos de silencio eléctrico y otros de actividades polimórficas más o menos lentas. En los prematuros un poco más mayores, estas actividades se enriquecen, y hacia las 36-37 semanas el trazado de vigilia, que se distingue perfectamente del de reposo, es continuo poco rítmico y uniforme en todas las zonas.

Esta evolución es concreta y permite clasificar los trazados por edades con un error de 15 días de edad concepcional. De todas maneras uno se pregunta si con el nacimiento se da una modificación. A. H. Parmelee (1968), siguiendo a un prematuro de 28 semanas, a medida que avanzaba su desarrollo ha encontrado los estadios observados en prematuros mayores; por lo cual señala un paralelismo entre el recién nacido a término y el prematuro propiamente dicho. Sin embargo, para C. Dreyfus-Brisac, si tenemos en cuenta no sólo el EEG sino también los otros parámetros, tales como el ritmo cardíaco, respiración y motricidad, el sueño de los prematuros aun en la misma edad concepcional no está tan bien organizado como en los nacidos a término. Esto puede deberse o a una deficiente integración de las aferencias o a un defecto del entorno del prematuro.

Se puede estudiar la actividad eléctrica cerebral del feto colocando unos electrodos en la corionilla por vía transvaginal, después de romper las membranas (M. G. Rosen y J. J. Scibetta, 1969). Este método permite evidenciar las modificaciones electroencefalográficas durante el parto, por ejemplo un aplanamiento del trazado consecuente a una anoxia.

Las grandes líneas del desarrollo posnatal de vigilia son la especialización de las actividades, ya visible hacia los tres meses, y la aparición de actividades rítmicas posteriores, hacia los 5 meses. Estas actividades rítmicas se acelerarán de forma progresiva hasta llegar al ritmo alfa del adulto, al mismo tiempo que las ondas lentas desaparecen del todo en el trazado de vigilia.

C. Dreyfus-Brisac y C. Blanc, insisten en la relación de simultaneidad que se observa, en las diferentes etapas, entre los fenómenos bioeléctricos y los neurológicos y psicomotrices. Tres meses después del nacimiento, se ve aparecer la primera organización spatiotemporal de la electrogénesis y, en el campo neurológico, unas adquisiciones esenciales: control tónico de la cabeza, coordinación oculomotriz, desaparición de un determinado número de reflejos arcaicos. A los 5 meses aparecen casi simultáneamente la ritmicidad occipital definitiva, la prensión voluntaria y la visión macular fina.

b) *Los potenciales evocados.* — Ya se pueden registrar potenciales evocados del animal *in utero*. En la cobaya, J. J. Rosen, ha conseguido desde el día 55 de la gestación respuestas auditivas evocadas, desencadenadas por un sonido exterior al cuerpo materno. Unos controles han demostrado que no se trata de artefactos y que estas respuestas necesitan la integridad del sistema nervioso fetal. Por otra parte, colocando un micrófono en la cavidad uterina de una oveja, se pueden oír perfectamente los ruidos del corazón materno, el peristaltismo intestinal y ruidos provocados por la percusión en el abdomen materno. Estos hechos son importantes ya que demuestran que desde antes del nacimiento al feto le llegan ciertas influencias del ambiente.

La ontogénesis de los potenciales evocados ha sido estudiada por G. H. Rose y R. J. Ellingson, que han demostrado que los potenciales evocados del principio del desarrollo son inestables, variables y que el nivel de desarrollo de estos potenciales no es paralelo para las distintas modalidades sensoriales. Los potenciales somestésicos tienen una maduración más precoz respecto a los auditivos y visuales.

La maduración de los potenciales evocados se caracteriza por un empujamiento de las latencias y un aumento de la complejidad de las respuestas.

Según R. Verley, la capacidad del sistema nervioso para asimilar la información se puede apreciar partiendo de cuatro criterios: el tiempo de conducción, la capacidad de transmisión neuronal, la actividad neuronal espontánea, y los criterios de comportamiento (motilidad adaptada, p. ej.). Pero la maduración comporta además "un modelado anatomofuncional de los circuitos" (J. Scherrer) que servirá de base para los comportamientos elementales o complejos. Por ello la descarga neuronal en medio de una población celular debe alcanzar una configuración bien definida para conseguir el tratamiento de la información aferente o la expresión motriz de los comportamientos.

c) **Ontogénesis de los estados de vigilancia.**— Los estados de vigilancia se pueden estudiar en el útero con las técnicas descritas a propósito del electroencefalograma. Y. Ruckebusch, ha podido identificar en el cordero fases de vigilia y de sueño, siendo éstas últimas en el 4/5° mes de la gestación el 85% total del tiempo. Incluso dentro de la misma fase del sueño se distingue perfectamente las fases de sueño lento (el 55% del tiempo total) y las fases de sueño rápido (el 40% del tiempo total). Inmediatamente después del parto se produce un descenso del tiempo de sueño rápido y un aumento del de vigilia, ocupado principalmente por la tetada.

Los prematuros humanos más pequeños estudiados con métodos poligráficos tenían de 24 a 27 semanas de edad concepcional (C. Dreyfus-Brisac, 1968). Según este autor es imposible calificar de despierto el estado de vigilancia de estos pequeños prematuros, por otra parte no viables. Se trataría más bien de un sueño cuyas características son intermedias entre el sueño rápido y el sueño lento: la motilidad corporal es importante, el ritmo cardíaco es muy estable, no hay movimientos oculares rápidos, y el EEG es casi siempre de tipo alterante. El sueño rápido podrá individualizarse de forma perfecta a partir de la semana 35, y el lento a partir de la 37 (C. Dreyfus-Brisac, 1966). Ambos estados son reconocibles anteriormente pero algunos de sus componentes son atípicos. En un recién nacido a término, vigilia, sueño rápido y sueño lento están diferenciados.

Registrando la motricidad fetal, M. B. Sterman y T. Hoppenbrouwers (1971), así como M. Jeanerod (1969), encuentran una relación temporal entre el crecimiento de la motricidad fetal y el sueño paradójico de la madre. Analizando espectralmente registros realizados sobre el abdomen materno, M. B. Sterman y T. Hoppenbrouwers, evidencian un doble ciclo de motricidad fetal: el componente largo es de 80 hasta 100 minutos y corresponde al ciclo de sueño materno, el otro, que dura entre 35 y 45 minutos, corresponde al ciclo fetal. Los estudios poligráficos de los prematuros dan cifras análogas. Hay, por lo tanto, una relación entre madre e hijo sin que hasta el momento se pueda precisar su mediador.

Varios autores han estudiado a distintas edades del niño el ciclo del sueño (N. Kleitmann, 1963; E. Stern y cols., 1969). En el recién nacido el ciclo dura de 40 a 50 minutos. Posteriormente se alarga hasta llegar a los 55 minutos al 8.º mes, 60 a 70 en la edad escolar, y de 80 a 100 en la edad adulta. El sueño, repartido al principio durante el ciclo nocturno, empieza a predominar entre la 8.ª y la 16.ª semana, durante la noche, en la que se hace continuo. Hacia el 6.º mes sólo representa alrededor de la 1/5 parte del día. El porcentaje de sueño paradójico desciende progresivamente desde el nacimiento, alrededor del 40%, hasta llegar a alcanzar el 22% en la edad adulta.

La maduración de las características eléctricas del sueño sigue después del nacimiento y es cronológicamente bastante concreta.

V. — ESTUDIOS HORMONALES

No se puede estudiar el desarrollo del sistema nervioso sin abordar el problema hormonal. P. Delost demuestra que las glándulas endocrinas llegan a ser maduras ya en la vida fetal. Este autor considera que existen periodos sensibles de actividad durante los cuales los tejidos son sensibles a estas hormonas y considera que la endocrinología fetal es un problema de regulación recíproca entre la placenta y el feto, siendo uno de ellos o los dos capaces, no sólo de secretar hormonas específicas sino también de metabolizar hormonas del exterior, así como las suyas propias. Durante el desarrollo prenatal, la homeostasis de la unidad fetoplacentaria es probablemente más importante que la misma producción fetal de hormonas. Las hormonas maternas o placentarias a veces pueden compensar un déficit de las glándulas endocrinas fetales; un intercambio normal entre la madre, la placenta y el feto tiene un papel muy importante en el desarrollo prenatal. Sería interesante que fuéramos capaces de especificar los límites de la función protectora de la unidad fetoplacentaria frente a las hormonas exógenas. Desde S. Schapiro, se admite que son necesarios un cierto clima bioquímico y hormonal y un intervalo experiencial temporal, para el establecimiento de la trama apropiada de interconexiones neuroanatómicas que proveen la base del funcionamiento ulterior. Las informaciones aferentes durante el "período crítico" hacen crecer el metabolismo neuronal, y, a su vez, esta actividad crecida, afectará al nivel de maduración, la característica de la organización y las interconexiones simpáticas establecidas en

el campo neuronal. El campo neuronal que responde a una información aferente está determinado hasta cierto punto por el clima bioquímico en el cual las neuronas se desarrollan, siendo las concentraciones de hormonas circulantes un componente importante del clima neuronal.

Si bien admitimos que en el hombre existe un desarrollo secuencial de las habilidades táctil, vestibular, auditiva y visual, del mismo modo que en los otros mamíferos (G. Gottlieb), lo que sí es una característica humana es la discordancia entre el desarrollo sensorial y el desarrollo motor. M. R. Rosenzweig pone de manifiesto la dificultad para correlacionar el desarrollo normal del cerebro humano con el comportamiento del mismo. En efecto, numerosos índices de maduración del cerebro se desarrollan según ritmos diferentes y de manera diferente. No se puede correlacionar de la misma manera cada uno de estos índices con la maduración global del comportamiento.

Un tipo de correlación que parece ser adecuado a una especie, no lo es aplicado a otra. Por otra parte, nos parece que la aparición simultánea de ciertos comportamientos no necesariamente quiere decir que exista una verdadera correlación. Lo que se trata de demostrar es la eventual existencia de interrelaciones bidireccionales. Por otra parte, la complementariedad puede tener sentido en un determinado momento de la evolución y no tenerlo en otros momentos. Si bien ciertos autores admiten que los procesos bioquímicos y moleculares son los únicos responsables de la maduración completa y estructural ordenada del sistema nervioso, en cambio otros admiten que la importancia que se ha de conceder a dichos procesos depende del nivel de desarrollo; para otros (G. Gottlieb), en el primer estadio de la ontogénesis, determinados procesos bioquímicos y moleculares representan el arranque indispensable para la maduración, y el mismo autor sugiere que, más tarde, los funcionamientos y la estimulación sensorial tienen también un papel activo en la regulación del proceso de maduración. A. H. Riesen estudia la complejidad de las correlaciones entre el comportamiento y el desarrollo psicológico; según este autor, una correlación inicial puede ser simplemente una incidencia. Dos o más variables pueden tener una covariante y tener o no relaciones de antecedente-consecuentes. Numerosas condiciones o antecedentes previos contribuyen a una determinada respuesta del comportamiento; muchos son necesarios, pero no suficientes; otros pueden ser intercambiables; en los procesos biológicos, se pueden dar combinaciones alternativas de condiciones que pueden provocar el resultado dado, pero raramente se encuentran acontecimientos causales necesarios y suficientes. El sustrato neuroanatómico puede pasar, durante el desarrollo, de un sistema a otro. Funciones que en un estadio son independientes, pueden ser posteriormente más centralizadas.

II. — DINÁMICA DE LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

A. — LO INNATO Y LO ADQUIRIDO

El dilema entre lo innato y lo adquirido ha sido fuente de numerosos trabajos tanto en el terreno de la antropología como en el de la biología general y como en el de la psicología. La actitud hacia estas nociones ha variado a menudo, sobre todo por parte de los etólogos, y autores como K. Lorenz, utilizan otros términos: adquirido y no-adquirido, piensan contrariamente a Hume y como Kant,

que admite la posibilidad de una ciencia pura de las formas innatas del pensamiento innato, independiente de cualquier experiencia.

De hecho, el concepto de innato se define a menudo como lo contrario de lo adquirido, pero incluso los autores que consideran ambos conceptos como complementarios los sitúan en un plano en que ambos coexisten.

Dentro del terreno de la biología del desarrollo general de los organismos J. Monod presenta como idea central de su modelo el carácter teleonómico de las reacciones internas del organismo, que permite, entre otras cosas, su autoconstrucción a través de una morfogénesis autónoma. Para F. Jacob, el programa genético está constituido por la combinación de elementos en esencia invariables. Dentro de su estructura, el mensaje de lo heredado no permite la más mínima intervención concertada del exterior. Para cada individuo, el programa es la resultante de una cascada de acontecimientos, todos ellos contingentes; la misma naturaleza del código genético impide todo cambio deliberado del programa efectuado por su acción o por el medio. Al abordar el problema de la articulación entre lo innato y lo adquirido, F. Jacob admite que para el etólogo, cuando un comportamiento pone en juego una parte adquirida de la experiencia, es únicamente en función del programa genético que el aprendizaje puede insertarse dentro del cuadro fijo de lo heredado. Dentro del programa genético que mantiene las características de un organismo complejo, hay una parte cerrada cuya expresión está muy estrictamente fijada, y otra abierta que permite al individuo una cierta libertad de respuesta. Por un lado, el programa prescribe con rigidez estructuras, funciones, atributos; por el otro, sólo determina potencialidad, normas, esquemas. Por un lado se opone, por el otro permite. En sus últimas páginas, J. Jacob, admite que de todos los organismos, es el hombre el que posee el programa genético más abierto y más flexible. Pero él mismo se plantea una serie de preguntas: ¿Hasta dónde llega la flexibilidad? ¿Cuál es la parte del comportamiento determinada por los genes? ¿A qué contrariedades de lo heredado está sometida la mente humana? ¿Cuáles son las restricciones impuestas por el programa genético a la plasticidad de la mente humana?

Si tomamos tres autores clásicos, concretamente S. Freud, H. Wallon, J. Piaget, que se sitúan los tres en el plano evolucionista, comprobamos que su actitud, no obstante, es distinta. S. Freud, ha oscilado, según los periodos, entre la universalidad de las leyes naturales y la importancia concedida al papel organizador decisivo de las experiencias. De hecho lo que se desprende de su pensamiento es que la constitución, asociada a los acontecimientos de la vida infantil, da lugar a una nueva "serie complementaria".

H. Wallon considera que la teoría evolucionista es falsa ya que no ha podido mantenerse dentro de unos límites que inspiren confianza. Refiriéndose a la postura que S. Freud tomó sobre el principio de que la ontogénesis viene a decir lo mismo que la filogénesis y que todo individuo pasa por las mismas etapas que la especie de la que proviene, considera que, partiendo de que la psicogénesis de la especie tiene como mediador la ontogénesis, los puntos de contacto entre las etapas que recorre un individuo y los que ha recorrido su raza son numerosos. Pero también considera que existe un desarrollo realmente personal que a pesar de ser más o menos parecido para todos no por ello deja de ser individual. Según H. Wallon, una aplicación excesivamente estrecha de la teoría evolucionista en psicopatología es cuestionable ya que, en ese caso, la evolución dependería completamente del pasado: se convertiría en un círculo cerrado cuya salida ya no estaría en las manos del hombre y cuya vida psíquica se explicaría a partir de las sucesivas fases; el individuo sólo podría ser un nuevo ejemplar de lo que se ha dicho antes que él, es decir el evolucionismo se convertiría en sustancialismo en vez de seguir siendo dialéctico.

Durante toda su vida, J. Piaget se ha opuesto a las teorías como la defendida por J. Monod en 1970; J. Piaget se ha enfrentado de forma particular a J. Monod y N. Chomsky, en 1971, respecto a su noción de "núcleo innato fijo": para J. Piaget lo heredado no es más que un conjunto de

posibilidades de acción; a partir de aquí estas posibilidades de acción se tienen que actualizar y organizarse a través de actividades autorreguladoras que se desarrollan dentro de una real autoconstrucción. J. Piaget (1967) admite que la epigénesis de las funciones (cognitivas) supone una colaboración cada vez más estrecha entre los factores del medio y el genoma, aumentando la importancia de los primeros con el crecimiento.

En el plano del comportamiento, si se niega la existencia de las organizaciones que se ofrecen al niño, también hay que hacer lo mismo con la "trayectoria". Y se puede, como hace C. H. Waddington, utilizar, en biopsicología, el concepto embriológico de "creodes", es decir trayectoria en el tiempo con tendencia a la estabilización de una modificación dentro de un sistema de componentes múltiples o un espacio multidimensional; la homeorresis tiene lugar cuando el proceso formador, desviado de su trayectoria por influencias exteriores, vuelve a su reunión a través de un juego de compensaciones coercitivas. La homeorresis hace posible la "homeostasis" al asegurar la construcción estructural de los órganos, pero a su vez la "homeostasis" resulta de la puesta en funcionamiento de éstos por efecto de nuevas interacciones, siendo éstas, dice J. Piaget, sincrónicas, y ya no diacrónicas, y desencadenadas fundamentalmente por el sistema nervioso.

Para M. D. S. Ainsworth, el recién nacido está provisto de un determinado número de sistemas del comportamiento preparados para ser activados. Como J. Piaget, cree que los esquemas originales están algo menos fijados que los reflejos. Para J. Bowlby, estas tendencias originales se manifiestan a través de unos comportamientos que se asemejan a unos modelos de acción-fijada.

Si consideramos que los reflejos o esquemas hereditarios constituyen el punto de partida de la ontogénesis de las conductas, según P. Mounoud, hay varias formas de concebir este punto de partida. Según J. Piaget, los diferentes reflejos o esquemas hereditarios constituyen cada uno de ellos unas conductas segmentarias (aisladas o independientes) que definen espacios heterogéneos. Estas conductas independientes o estos espacios heterogéneos sufren ulteriormente un proceso de coordinación. Y los esquemas se coordinan únicamente a partir de su tendencia a asemejarse entre sí. Pero para P. Mounoud, los montajes o esquemas hereditarios definen un primer nivel de organización de conjunto, es decir de organización. Esta estructura de conjunto también define lo que él llama un espacio global y que considera homogéneo. El proceso al que se asiste después del nacimiento es, según este autor, una disociación de esta estructura inicial en subestructuras y únicamente son estas estructuras las que son heterogéneas (momentáneamente) y definen espacios tabicados. A esta disociación le sucederá una nueva coordinación.

A partir de los datos etológicos, las discusiones infaliblemente, giran en torno explícita o implícitamente, de las nociones de "adquirido" y de "no-adquirido" a distintos niveles, particularmente en lo que se refiere a esquemas hereditarios, a huella período crítico y período sensible.

La noción de huella de K. Lorenz hace pensar en un proceso innato, instantáneo e irreversible. Su importancia se ha extendido considerablemente durante los últimos años P. P. G. Bateson (1971) subraya que las preferencias del pájaro ya están preformadas, que se introduce activamente en su entorno, buscando los estímulos que pueden ser más eficaces para provocar su comportamiento social, que su reactividad a estos estímulos depende en gran medida de su estado interno, que el proceso de aprendizaje es progresivo, y finalmente que la estabilidad de la huella depende de la duración de la exposición. La huella representa un caso realmente llamativo de la familiarización que tiene lugar probablemente durante la exploración, el aprendizaje latente y el establecimiento de otras numerosas preferencias y costumbres.

A nuestro parecer, a menudo se ha confundido, equivocadamente, el concepto de "huella" con los de "período crítico" y "período sensible".

El término de huella debe reservarse a determinados tipos de comportamiento, respuestas sociales que se producen en los pájaros nidifugos en una edad precoz de su desarrollo y cuya característica es el atarse a un sujeto o a un estímulo externo, del que se hace dependiente; el sujeto queda atado a una configuración externa como por imantación; este nexo no está relacionado ni con una recompensa ni con una gratificación. Se ha considerado a la huella como un fenómeno no-aprendido, como un bloque que puede convertirse en comportamiento restrictivo. No debe confundirse con lo que se ha llamado "período crítico" por el mero hecho de que se dé en un momento muy determinado de la evolución. Además, existen, de hecho, numerosos "perí-

dos críticos" durante la vida de un animal o de un niño que no corresponden con la definición de "huella" que hemos hecho anteriormente.

Por otra parte, se ha confundido "período crítico" con "período sensible". Si bien estamos de acuerdo con el concepto de "período crítico de socialización" de J. P. Scott, también creemos que existen otros "períodos críticos" durante la evolución embriogénica o durante la evolución madurativa o incluso también durante la evolución del comportamiento, cuando totalidades nuevas llegan para reemplazar totalidades antiguas. Siendo éstas últimas unos periodos de transformación cualitativamente distintos de las primeras, y que no son ni contingentes, ni arbitrarios, y que guardan un determinado orden de sucesión.

En cuanto a los "períodos sensibles", serían periodos del desarrollo neurofisiológico y bioquímico durante los cuales el sistema nervioso estaría más predispuesto para recibir impactos procedentes del exterior. Las estructuras estarían preparadas para recibir los impactos del entorno y la falta de los mismos podría poner en peligro el funcionamiento ulterior. Creemos que las aportaciones aferentes deben llegar en la cantidad y en la calidad que corresponde según el momento de la evolución, las necesidades y la disponibilidad del niño.

Reconociendo el empleo esquemático que hemos hecho de la terminología, creemos, no obstante, que conseguimos evitar ciertas confusiones. De todas maneras, también opinamos que la "huella" puede ser considerada como un período crítico, y que el concepto de período sensible puede ser considerado como un período relativamente crítico (L. Eisenberg) o una formulación menos exigente del período crítico (P. H. Wolff).

Por lo que respecta a los genetistas (T. Dobzhansky, 1969), éstos subrayan que se ven forzados a repetir constantemente a los investigadores, fundamentalmente a los de las ciencias sociales, que lo que se hereda no es tal o cual rasgo o carácter fenotípico particular sino "una potencialidad genotípica hacia una respuesta de desarrollo de un organismo respecto a su entorno". Según B. Ginsberg (1958): "todos los aspectos de nuestro organismo pueden ser considerados 100% genéticos, pero no 100% predeterminados". G. Ginsberg establece una diferencia entre la importancia universal de la genética, o su influencia ancestral en el desarrollo de todo el organismo, y el fenotipo particular que emergerá. La naturaleza de las estructuras y las vías en las cuales serán determinadas por cada genotipo dependen de las condiciones particulares en las cuales se van a desarrollar. Siguiendo por esta línea y, por lo tanto, como dice H. G. Birch, nuestro problema del análisis genético del comportamiento está en la valoración no sólo del genotipo, sino también de las circunstancias particulares en las que el genotipo trabaja para la especie o para el individuo.

Del mismo modo que se puede afirmar que ya existe algo desde el comienzo es imposible negar un entorno transformador y no necesariamente generador. Con un matiz humorístico, D. W. Winnicott ha dicho: "esta cosa a la que se llama lactante no existe, ya que donde hay un lactante, hay cuidados maternos, y sin cuidados maternos no habría lactante".

Actualmente, la mayoría de los psicobiólogos están de acuerdo en que es difícil distinguir, dentro de la organización funcional del niño, lo no-adquirido y lo adquirido. Quizás es útil pensar con R. A. Hinde (1966) en un continuum de comportamientos que van desde los que son estables respecto al entorno y relativamente poco influenciados por sus variaciones hasta los que son lábiles respecto al entorno. El comportamiento comúnmente llamado "no-aprendido" o "instintivo" se podría colocar en el extremo final estable del continuum, sin que ello implique que el aprendizaje esté ausente en el curso de su desarrollo, así como tampoco niega que el comportamiento del extremo relativamente lábil, esté influenciado por el código genético.

Según el valor que se les concede y según los autores, a menudo se confunde reflejos primarios, esquemas innatos y ciertas funciones precoces que nos son dadas y que seguirán una línea particular de desarrollo. Así ciertos autores dan un valor extraordinario, desde el punto de vista de la organización funcional, a la desaparición de los reflejos arcaicos (el reflejo de Moro, sobre todo). Es verdad que estas desapariciones tienen valor en cuanto que marcan un período que corresponde a una cierta etapa de la maduración nerviosa, pero no están forzosamente ligadas a nuevas formas de funcionamiento, más bien responden a nuevas posibilidades de organización fun-

cional. Así, la desaparición de la hipertonía neonatal de los miembros y la de la hipotonía del eje corresponde a la de periodos evolutivos concretos; permite y es la condición necesaria para la aparición de la deambulación voluntaria; pero no es suficiente para explicarla. El paso del reflejo cutáneo plantar de la extensión a la flexión, que asimismo es un momento fijo y señala una maduración del sistema motor (piramidal, en este caso), se sitúa dentro del marco de la evolución de las estructuras anatómicas y no en el de la maduración de las funciones.

Lo que se nos presenta como una "mecánica" es un determinado número de funcionamientos vitales —respiración, circulación, excreción, utilización del aparato oroalimenticio, ciclos biológicos— que se modificarán por la experiencia, unos relativamente poco y otros más, como por ejemplo el sistema oroalimenticio.

Las organizaciones llamadas "vitales" son no-adquiridas, aunque sí, en parte, modificables; las organizaciones oroalimenticias y de excreción son no-adquiridas pero con el tiempo se modifican su realización, su valor y su bloqueo. Es decir, que creemos que los conceptos de esquemas innatos y reflejos innatos no deben ponerse en el mismo plano de las conductas, aún considerando que las últimas pueden fundamentarse en los primeros. Estos problemas serán tratados en los Capítulos sobre "*Las funciones y sus trastornos*".

B. — MADURACIÓN Y ENTORNO

I. — PROBLEMAS MADURATIVOS

Cuando se estudia la evolución fetoperiposnatal, se considera: 1) lo que existe en un determinado período de la evolución y las modificaciones cronológicas que se producen posteriormente; 2) lo que existe, desaparece, reaparece y redeseaparece (repetición de T. Humphrey); 3) lo que evoluciona en el sentido de una progresión funcional sucesiva y que se elabora hasta conseguir una determinada forma, más o menos definitiva, a partir de la cual el proceso se modifica por refinamientos o por modificaciones secuenciales de las funciones.

Si nuestra función es intentar estudiar estas modificaciones de forma direccional, el gran peligro es considerar el funcionamiento como el fruto de sistemas neurológicos yuxtapuestos. Nuestro objetivo no debe ser el de enfrentar lo que se llama "fisiológico" con lo que se llama "psicológico". Debemos adoptar una metodología que valore la historia de las funciones y los determinantes que marcan su evolución hacia la diferenciación. Tampoco se trata de tomar una actitud "molecular", oponiéndola a una forma de pensar "molar". Si bien es cierto que debemos considerar el organismo como un todo, también lo es que no lo podemos aprehender en su totalidad, y que las investigaciones fragmentarias son interesantes, si tienen en cuenta o se refieren permanentemente a una determinada totalidad. El recién nacido es un ser que ha pasado por un determinado número de modificaciones morfológicas y funcionales que le van a dotar de una forma de reactividad propia, unos tipos de acción y de reacción que son producto de una evolución que le lleva a un estado de organización que es insuficiente en el nacimiento. Progresivamente va a realizarse la adecuación funcional de este organismo —mientras que antes se confundía con el organismo de la madre desde el punto de vista del funcionamiento—. Va a ser el receptor de numerosos impactos para los que no estaba preparado y el receptáculo de diversas modificaciones biológicas que han servido para su construcción, pero que debe

reconstruir con una reconversión. El nacimiento es una ruptura y un renacimiento durante el cual persiste la trayectoria y durante el cual, el niño es enfrentado a nuevos problemas. No obstante, la trayectoria no es suficiente para explicar el cómo los resuelve, cómo, gracias a la contextura que posee, responderá con ofertas y demandas distintas a nuevas ofertas experimentales o naturales.

Algunos autores admiten que el desarrollo del comportamiento proviene fundamentalmente de la sucesión madurativa del sistema nervioso y no de los cambios que conlleva el ejercicio y el uso de la función. Si bien es cierto que existe un orden de sucesión constante, equivalente para los niños en la primera fase de desarrollo, y que ciertos comportamientos pueden aparecer completamente al margen de toda posibilidad de aprendizaje, también lo es que el desarrollo estructural es necesario para el desarrollo funcional y que la aparición de nuevas formas de conducta responde a modificaciones de estructuras (en el sentido de estructuración) en las cuales la maduración anatómica desempeña un papel. Cuando se afirma que la relación entre la naturaleza y el medio es parecida a la de la mano y el guante en el sentido de que el guante se amolda a la mano— no se hace más que expresar una relación estrecha.

Es evidente que la maduración anatómica tiene sus propias leyes de evolución, pero aun siendo la condición necesaria, no es la condición suficiente para explicar el comportamiento.

El concepto de ontogénesis se refiere tanto a los procesos de modificaciones morfológicas como a los procesos funcionales que evolucionan en el tiempo, o a los de diversos tipos o estructuras del comportamiento que corresponden a determinados períodos cronológicos.

El concepto de maduración se refiere al desarrollo morfológico y fisiológico del hombre hasta que alcanza la edad madura. Siempre nos ha gustado diferenciar la "anatomía", es decir la morfología, propiamente dicha, de las "funciones", es decir sistemas potenciales, y del "funcionamiento" que es la actividad de estos sistemas.

Actualmente se debe admitir, como dice D. P. Purpura, que la neurobiología del desarrollo puede considerarse como un intento multidisciplinario para comprender y analizar los sustratos morfológicos de las operaciones fisiológicas y de los procesos bioquímicos que caracterizan el crecimiento y la maduración del cerebro y la realización de su potencial creador. Con razón, ciertos autores insisten sobre el hecho de que la inmadurez en sí misma no implica necesidad y simplemente un déficit de propiedades o de características de la madurez. Por ejemplo, de la maduración del córtex cerebral no resulta únicamente un aumento, cualitativo y cuantitativo, de las interacciones neuronales, sino también una supresión de las actividades neuronales inapropiadas para la expresión óptima de esas interacciones. Por otra parte, sabemos que determinadas células neuronales pueden hacerse funcionales cuando aún son inmaduras y que determinados sistemas sensoriales se hacen funcionales antes de que la maduración haya acabado. Con frecuencia se comete el error de considerar equivalente inmadurez y simplicidad. Por otra parte se admite que las neuronas inmaduras no son sólo morfológicamente distintas de las neuronas, sino que también su membrana excitable y sus propiedades bioquímicas son muy diferentes; la organización sinóptica de las neuronas corticales inmaduras es diferente de la de las neuronas corticales maduras.

Según R. Verley y cols., las estructuras nerviosas y las funciones ligadas a ellas se desarrollan independientemente del impacto exterior. Estos autores creen que posiblemente sus hallazgos experimentales confirman la opinión de Carmichael, según la cual, la función se desarrolla mediante su ejercicio, y también de si permiten apoyar ciertas conclusiones de la psicología genética que implican la existencia de una anti-

pación estructural del sistema nervioso respecto a la experiencia que vendrá. Añadamos que, según la teoría de J. Piaget, para que la estructuración se pueda realizar, es necesario que haya existido experiencia, y esta noción no se encuentra en la concepción defendida por R. Verley y cols.

A nuestro parecer el principio de maduración anticipadora de Carmichael podría defenderse en el sentido de que ciertos tipos de maduración están preparados para el funcionamiento. Por nuestra parte hemos defendido la idea de que existe lo que llamamos *preformas de funcionamiento que toman forma con la realización funcional*.

Según P. H. Wolff, del mismo modo que los reflejos del recién nacido dispuestos a funcionar en el nacimiento no siempre necesitan la interacción de la maduración y de la experiencia (en el sentido estricto del término), igualmente al principio del desarrollo pueden aparecer una serie de estructuras sensorio-motrices complejas como una "emergencia evolutiva"². Por otra parte, cree, que ciertos *patterns* de conducta pueden manifestarse en una forma terminada en distintos momentos posteriores al nacimiento según un plan de maduración e independientemente de la experiencia. No todas las nuevas formas de comportamiento provienen necesariamente de las estructuras hereditarias presentes en el momento del nacimiento. La hipótesis, defendida por P. H. Wolff, de las apariciones tardías no corresponde a un preformismo radical; las apariciones tardías corresponden a nuevas adquisiciones de formas durante el transcurso de evoluciones funcionales particulares.

II. — APORTACIONES DEL ENTORNO

Sin duda alguna, existen unos *patterns* característicos de cada especie, que se transmiten por la herencia y que se manifiestan bajo formas parecidas para individuos de la misma especie. Pero los *patterns* pueden activarse por la acción del entorno, por estímulos táctiles, visuales, auditivos, etc., o sociales —"desencadenadores sociales"— o modificarse por la ausencia o la acción cuantitativa o cualitativamente inadecuada de las influencias del entorno.

No obstante, se observa que existen particularidades de desarrollo que hacen de cada sujeto un individuo distinto de los demás. Esto se podría explicar, y a veces éste es el caso, a partir de las diferencias que se dan en la evolución madurativa. Pero los trabajos etológicos y los estudios longitudinales del desarrollo del niño insisten en que esta explicación no basta. El desarrollo no es comprensible si se le aísla del entorno en el que se ha dado.

Esquemáticamente consideraremos: los estímulos, la relación madre-hijo, el medio socioeconómico, el medio cultural.

a) *Estímulos*.— Para su organización el niño necesita estímulos. Como dice N. M. Chitchevlov (citado por D. B. Elkonin), si los estímulos externos no existen o son insuficientes, la organización de la corteza cerebral se detiene o se realiza incorrectamente incluso estando el córtex, anatómicamente preparado ya para funcionar. Para N. W. Fox, cuando un *pattern* no se ha manifestado es imposible conseguirlo si el período crítico de su desarrollo y de su consolidación ya ha pasado. Por otra parte, estímulos anormales pueden dar lugar a "modelos" de comportamiento mal adaptados (S. G. Padilla). Se ha demostrado que la supresión de aferencias, como por ejemplo la luz, puede conllevar alteraciones incluso de la constitución misma del

sistema anatómico (A. H. Riesen), es decir que la estimulación es esencial para el mantenimiento, el desarrollo y la maduración de los sistemas neuronales. Por otra parte está demostrado que la privación precoz de alguna modalidad de aferencias puede afectar en gran manera los "modelos" de comportamiento ulteriores de la vida, al estar dislocada la organización neuro-conductual.

Según los trabajos de los etólogos, las estimulaciones son necesidades primarias, y la integración funcional se produce en los momentos sensibles del desarrollo, cuando el organismo está receptivo a la estimulación. Hay períodos sensibles durante los cuales la maduración convierte al sistema nervioso en receptivo a ciertos tipos de estimulaciones, y la adaptación de su organización se puede estructurar de forma diferente así como su consolidación puede, también, ser diferente, según que esta estimulación exterior llegue en el momento oportuno y de forma adecuada, o que por el contrario el niño reciba las aferencias de un entorno alterado, o que la experiencia sea rechazada.

Numerosos trabajos sobre animales demuestran la importancia de los estímulos epidérmicos (lamidos, caricias) como estimulantes de las funciones vitales. También se ha resaltado su importancia en el niño por M. Ribble; L. K. Franck y L. Casler; H. y M. Harlow, etc. Según C. B. Hindley, los efectos experimentales consecuentes a cualquier tipo de estimulación realizada en animales, responden para algunos a modificaciones neuroendocrinas.

Como dice I. Lézine en su aportación crítica, algunos psicoanalistas y algunos psicólogos conceden gran importancia, dentro del desarrollo, a la estimulación de la sensibilidad cutánea de los niños, a la manipulación desde los primeros días de la vida, así como a la estimulación motriz y al mecimiento; se han comparado los niños mal manipulados con los gatitos mal tetados.

Todo el mundo está de acuerdo en admitir que la falta de estimulaciones es desfavorable para el desarrollo del niño (véase el capítulo que trata de los "*Problemas planteados por la carencia afectiva y de aferencias sociales y sensoriales*"):

¿Pero cuáles son los efectos de una sobreestimulación? M. R. Rosenzweig ha visto en los ratones el efecto favorable que producen sobre el aprendizaje los medios "enriquecidos" con respecto a los medios "empobrecidos", pero añade que no se sabe si el medio "enriquecido" es una sobreestimulación o una disminución de la carencia de estimulación.

Según P. H. Wolff (1971), durante los últimos años se ha aceptado mucho, sin pruebas suficientes, que la sobreestimulación o la sobreexposición a ocasiones de aprendizaje, precozmente o durante los períodos sensibles, tienen efectos beneficiosos sobre el desarrollo intelectual ulterior. De hecho, las dificultades de aprendizaje de los niños "subprivilegiados" podría, al menos en parte, estar ligada a la malnutrición o a factores infecciosos pre- o perinatales más frecuentes en las clases desfavorecidas; por otra parte, es casi imposible crear los grados extremos de privación de estímulos necesarios para producir, en los animales, cambios significativos del sistema nervioso central, y además los niños de la "cultura de la pobreza" generalmente no están subestimulados, sino más bien expuestos a una estimulación caótica e imprevisible. No se pueden negar los éxitos de los programas de aceleración para lactantes, medidos por objetivos a corto plazo, como por ejemplo la mejora de una habilidad sensoriomotriz concreta, pero nos preguntamos, con P. H. Wolff, si están justificados el tiempo y los esfuerzos dedicados: se pueden conseguir resultados aparentemente idénticos con estrategias sencillas y complejas, con aproximaciones pragmáticas más directas o intelectualmente más productivas; los niños "enriquecidos" podrían haber aprendido lo mismo algo más tarde y quizá de forma distinta,

de forma que hubiesen podido relacionar su experiencia con otro saber establecido y aplicarla a situaciones nuevas. Incluso si fuera posible, (dice P. H. Wolff), acelerar el desarrollo cognitivo de los niños con métodos mejorados de aprendizaje intensivo precoz, se plantearía la duda de si esta aceleración es solamente inútil e inocua o si además tiene efectos desfavorables a largo plazo consecuentes al *décalage* que la aceleración intelectual selectiva provocaría en el desarrollo.

Se puede añadir a estos problemas el del papel del lenguaje, cuya importancia dentro de lo que al niño le llega nadie niega, pero, que no obstante, tampoco es una cuestión de "sobreestimulación".

Es cierto que los estímulos no tienen únicamente un valor informativo; también tienen un valor formativo. Las aferencias sensitivosensoriales tienen un valor formativo en cuanto la reacción que provocan. Esta reacción es parte integrante de la actividad sensitivomotriz y no se puede separar ni siquiera del inicio de la percepción misma.

Podemos concluir que, si bien es deseable que las estimulaciones sean múltiples y variadas, lo importante es que se den dentro de una atmósfera afectiva sin tropiezos entre madre e hijo.

b) Relación madre-hijo. — Hemos visto que el niño está de tal manera dotado que parece responder de una forma especial a los estímulos que provienen de seres humanos: sobre estas premisas se organizarán, según J. Bowlby, las *relaciones madre-niño* (el "apego") cuya complejidad hemos visto anteriormente. Hay que decir que los esquemas "inscritos" se pueden transformar durante la evolución y convertirse en elementos de la relación.

Ya hemos señalado (Capítulo III) que en un principio la sonrisa parece ser únicamente la reacción a excitaciones internas o externas, pero que, posteriormente, entra dentro del marco de la relación como un metalenguaje con finuras y tonalidades melódicas. Si las sonrisas pasan a convertirse finalmente en la voz, la sonrisa-diálogo no puede explicarse únicamente como una afinidad anatomofisiológica, ni como una modificación cuantitativa; sólo puede ser comprendida como la apertura de un sistema en desarrollo dispuesto a funcionar, como actividad funcionante dirigida a los otros, y que la madre y el hijo van a utilizar para expresar sentimientos y, más tarde, incluso para responder a los deseos del otro.

Desde el punto de vista experimental, en un determinado período, pueden coexistir la sonrisa-reacción y la sonrisa-diálogo. Hemos visto, con I. Lézine y A. Harrison, hasta qué punto la sonrisa-reacción depende de forma cualitativa y cuantitativa de los estímulos y de las características tipológicas del niño.

Uno se extraña, junto con H. R. Schaffer, de la escasez de investigaciones sobre los gritos-loros, sobre todo si tenemos en cuenta que son uno de los signos más potentes que un lactante puede emitir. Este autor hace resaltar que los niños autistas, según sus madres, generalmente no gritan-loran durante el primer año de vida, es decir que parecen haber tenido un sistema de señalización gravemente alterado.

El estudio de P. H. Wolff (1969) sobre los *gritos-loros* y las *primeras vocalizaciones* podría interpretarse en el mismo sentido. La madre debe permanecer atenta a esos signos y darles el valor que el niño quiere expresar para responder a ellos de forma adecuada.

Para D. W. Winnicott, la madre, al identificarse con el niño, sabe lo que siente, y está por lo tanto predispuesta para proveerle de todo aquello que le haga falta en cuestiones de "mantenimiento" y, a nivel más general, en cuestiones de entorno. Sin

una identificación así, no será capaz de darle al niño lo que necesita al principio, es decir una adaptación viva frente a las necesidades del niño. Gracias a "los cuidados que recibe de la madre", cada niño está preparado para tener una existencia personal y empieza a edificar lo que podríamos llamar el sentimiento de ser en continuidad. Es a partir de esta continuidad que el potencial innato se convierte gradualmente en un niño que tiene individualidad. Si los cuidados maternos no son lo suficientemente buenos, el niño no consigue llegar a existir realmente, ya que le falta el sentimiento de ser en continuidad; la personalidad entonces se edifica sobre la base de reacciones a las usurpaciones del entorno.

El modo de relacionarse madre e hijo depende de múltiples factores (M. Soulé): las condiciones sociales y familiares desde el nacimiento (si la llegada del niño colma los deseos de la madre o la frustra en sus satisfacciones profesionales, conyugales, etcétera), las dificultades obstétricas (nacimiento fácil o difícil), las del embarazo, las de toda la evolución afectiva anterior de la madre. Según M. Soulé, en este mismo sentido, el niño tiene una existencia fantasmática en la mente de la madre. La evolución personal de toda su existencia modifica esta relación fantasmática de su niño futuro pero, no obstante, queda aún sitio para ciertas casualidades cuando llegue el momento de enfrentarse con el niño mismo. Las circunstancias del embarazo pueden presentarse como unas vivencias radicalmente nuevas que pueden reestructurar totalmente los fantasmas. El sexo de los niños también puede modificarlos en distintos sentidos según el momento de su propia vida conflictiva, y las características físicas del niño pueden desencadenar en la madre satisfacciones electivas; éste explicaría que cada hijo, de la misma sangre materna, ha tenido una madre distinta y por ello, una forma de vivir fundamentalmente distinta.

La comunicación entre el niño que, con su potencial de base expresa más o menos sus necesidades, y su madre, que consciente o inconscientemente está dispuesta a satisfacerlos o a rechazarlos, es a menudo difícil. El modo de reacción será distinto según que la madre se haga una imagen ideal o racional de sus relaciones con el niño, según modifique o no su actitud cuando descubra las contrariedades que existen detrás de su imagen idealizada, según descubra o no detrás de su imagen racional la posibilidad de modificar su rigidez, y a través de una libre donación, ofrecer satisfacción a las necesidades del niño. Las exigencias o las resistencias del niño pueden ser ya aceptadas pura y simplemente por la madre, ya interpretadas de forma peyorativa, ya fuente para la madre de descubrimientos de su propia personalidad o de sus problemas conflictivos. Es evidente que la comunicación entre los diferentes tipos de madre y sus hijos no puede ser considerada sólo desde un punto de vista estático, debe ser contemplado desde el punto de vista de la dinámica de una personalidad en evolución, lo que conlleva una diversidad de modos de comunicación.

Las terminologías empleadas por los sistemas de relación madre-hijo son a menudo ambiguas y merecen ser analizados. Para B. Bettelheim el término de "reciprocidad" empleado por R. A. Spitz no le parece satisfactorio. El de "interacción", empleado por L. W. Sander, es más apropiado por la connotación "entre" presente en "inter". B. Bettelheim insiste sobre lo que sucede en cada uno de ellos (madre e hijo); no hay relación automática entre los dos —entre lo que pasa entre la gente y lo que pasa en ellos— aunque el uno influya profundamente al otro. Prefiere "mutualidad"³, que implica un movimiento alternativo en un sentido y en otro, ya que "mutuo" se define como algo que es ejercido por cada uno de ellos con respecto al otro.

3. En el sentido de reciprocidad (N. dei T.)

Es dentro del marco de la "espiral de transacción" (Th. Benedek) donde deberá comprenderse el proceso integrador. Como dice S. Lebovici la espiral de transacción entre padres e hijos puede desempeñar un papel en las motivaciones de cada uno de los participantes en la relación viva evolutiva, pero, el comportamiento de uno es previsto por el otro. La "espera anticipadora" permite la puesta en marcha de comportamientos adaptativos sin que sea necesaria la intervención repetida de la transacción. La imitación y la anticipación, por lo tanto, forman parte de los sistemas de comunicación. Es más, la imitación gratifica a los padres, al proceso transaccional del intercambio de gratificaciones narcisistas. Estos procesos de comunicación, que son puros fundamentalmente en el primer estadio del desarrollo, siguen manifestándose en los estadios posteriores y dan a la relación padres-hijos un carácter de continua creación. Son estos procesos transaccionales, de balance positivo o negativo, los que siguen actuando incluso después del desarrollo de las relaciones objetales. La comprobación de Th. Benedek nos parece muy importante, ya que revela que el Yo del niño se desarrollaría menos en los sectores que corresponden a los conflictos no resueltos por los padres.

Gran parte de estos problemas son tratados en los capítulos II y III, y volveremos sobre ellos en el capítulo "El niño y la familia".

El saber cómo se defiende contra la cantidad enorme de informaciones recibidas, y cómo se efectúa su selección, es tan importante como conocer el problema de la sub- o de la sobreestimulación. ¿Hasta qué punto los niños se comportan de forma diferente si sólo tenemos en cuenta los estímulos recibidos y las aportaciones de su madre? Y, yendo más allá, ¿cómo reaccionan frente a los stress?

Ciertos autores consideran que existen niños pobremente equipados tanto para la recepción de aferencias como frente al stress emocional. Es lógico llegar a pensar que ciertos niños acaso tengan un déficit o más bien una organización particular a nivel de los receptores. En sus trabajos sobre las "sensitidades" particulares en el niño, M. Bergman y S. Escalona replantean el problema de "una barrera protectora del organismo". Este concepto de barrera ha sido defendido, como dice M. Fordham, desde distintos ángulos, ya considerando que el niño nace con una barrera constitucional contra los estímulos, ya admitiendo que esta barrera se desarrolla como defensa contra los cuidados maternos excesivos, insuficientemente seguros o francamente deficientes. En la primera hipótesis podríamos decir que se trataría de una barrera fisiológica. De hecho esta formulación ha sido aceptada por ciertos antropólogos como J. Henry, que admite que las características hereditarias de los animales varían en la medida que estén provistos de coraza (E. Carpari), protegiendo su organización fisiológica de toda agresión procedente del entorno. En la segunda hipótesis se trataría de una barrera que se desarrollaría como defensa frente a unos cuidados maternos inadecuados. Aún se podría expresar otra hipótesis, esta es, la existencia de una barrera insuficiente, que sería la consecuencia de alteraciones de la relación, claramente patógenas y que respondería a una falta de organización consecutiva a un déficit aferencial. S. Brody y S. Axelrad admiten que los "escudos protectores" (S. Freud) podrían servir para una adaptación armoniosa frente al stress. Así se podría pensar que ciertos lactantes, que se irritan fácilmente llegando a agitarse, inquietarse y llorar tienen un "escudo" que no es lo suficientemente resistente o incluso defectuoso y, contrariamente, que aquellos que aceptan con muy pocas protestas las manipulaciones de aquellos a los que están fuertemente sometidos tienen un escudo que es demasiado impenetrable y dificulta su capacidad de recibir estímulos y de adaptarse a ellos. Según S. Brody y S. Axelrad, el problema del escudo no puede explicarse únicamente a partir de la reactividad neurofisiológica. No se puede considerar este fenómeno como una simple organización pasiva. Según estos autores, se trata antes de un proceso activo que de un simple registro mecánico. Parecería existir una relación directa entre la preparación para dominar un stress psicológico, la capacidad de percepción del objeto y el sentido de la realidad.

c) Medio socioeconómico y cultural. — El estudio extremadamente fino que hace M. Reuchlin (1972) sobre los trabajos que ponen en relación el desarrollo cognitivo y el

medio socioeconómico confirma que estadísticamente, esta relación tiene su razón de ser. Este autor recuerda los intentos de explicación de estos hechos. Por un lado, los que se basan en la teoría de lo heredado suponen que la inteligencia es heredada en parte; por otro lado, ya que dentro de cada categoría socioprofesional, los niños más inteligentes tienen más posibilidades para pasar a una categoría superior y los menos inteligentes de pasar a una inferior, y los cónyuges pertenecen generalmente a la misma categoría socioprofesional o cultural, resulta que su descendencia tenderá a poseer los caracteres hereditarios extremos. Esta teoría de "Fisher-Burt" podría utilizarse para explicar, con terminología actual, que los genotipos para los que es más probable la aparición de un fenotipo favorable tenderán a ser más numerosos en las clases favorecidas; se puede añadir, dice M. Reuchlin, que en estas clases, sin duda existen más medios para crear las condiciones del medio dirigidas a obtener el fenotipo más favorable posible a partir de un genotipo dado.

Al término de su análisis sobre la función del medio, M. Reuchlin concluye: 1) Nada permite pensar que los medios socialmente desfavorecidos sean más "pobres" en estimulaciones que los otros, pero parece que un cierto grado de complejidad dentro de la organización material del medio sea una condición favorable para el desarrollo, condición que se cumple en gran medida en las categorías sociales favorecidas. 2) Hemos llegado pues a conceder una particular importancia a las observaciones comparativas que más que hablar de la "riqueza" de los medios, se refieren a su grado de organización, de estructuración; parece, que en las favorecidas, el aprendizaje de relaciones estructurales más complejas esté reforzado más sistemáticamente, no obstante, este carácter puede llegar a ser desfavorable si la actividad del sujeto se encuentra regulada por vía autoritaria. 3) El nivel cultural de los padres, hace posible, en los medios más favorecidos, la adopción de una mejor "pedagogía" que favorece no sólo el aprendizaje de estructuras más complejas, sino también el aprendizaje de estructuras abstractas.

En el trabajo de A. Zempléni (1972) se podrá encontrar una aportación crítica muy profundizada sobre los diferentes medios "africanos" y su extrema complejidad. Respecto al desarrollo cognitivo, la inadaptación más o menos manifiesta de técnicas, la dificultad para aislar las variables pertinentes, la rápida evolución de los medios africanos, la ambigüedad del concepto de "inteligencia" que dirige las investigaciones, las incógnitas de las teorías del desarrollo, todo ello según dicho autor, invita a la prudencia.

Partiendo de la relación precoz madre-hijo, o mejor dicho del "objeto de apego, mediador entre el niño y el medio", F. Duyckaerts (1972) ha intentado ver, a partir de un cierto número de investigaciones, si existían diferencias en "ofrecimientos afectivos" según los distintos medios socioeconómicos. Como indica M. Reuchlin (1972) en su aportación crítica, lo más frecuente es resumir bajo la forma de un índice global la información aportada por distintas variables tales como la profesión de los padres, su nivel cultural, las condiciones de vivienda; en definitiva las variables socioeconómicas pueden perder su carácter de variables independientes privilegiadas y convertirse en variables que, entre otras muchas y en el mismo plano, sirven para describir las condiciones de vida del niño, pero aparecen forzosamente dentro de ciertos factores o grupos.

Varios estudios llevarían a pensar, escribe M. Reuchlin, que las clases sociales relativamente más favorecidas son más rígidas que las más desfavorecidas; pero M. Reuchlin distingue dos aspectos parcialmente independientes dentro de la dimensión global precedente; el uno se refiere al aprendizaje más o menos precoz y más o menos estricto según las reglas de la conducta, desde el aseo personal hasta las horas

de vuelta a casa y las notas escolares; el otro se refiere al clima afectivo en el que se desarrolla la educación, y que puede ir del amor a la hostilidad. Como mínimo en algunos trabajos se observa que los padres de la clase desfavorecida son a la vez menos exigentes en cuanto al aprendizaje y más a menudo hostiles con un niño considerado como una carga. Estas dos actitudes definidas, no obstante, están aún lejos de poderlo ser de manera unívoca. Por lo que se refiere a las reglas de conducta, una actitud liberal puede ser entendida: 1) como una actitud "democrática" con un aprendizaje más precoz de las reglas y de responsabilidades permitiendo disfrutar de la misma independencia a todos los miembros de la comunidad familiar, lo que supone que cada uno de ellos respeta las reglas comunes; dentro de esta concepción del liberalismo, hay que dar mucha importancia al aprendizaje de las reglas; 2) como indulgencia, tolerancia, aceptación del niño tal como es, "no-directiva", llegando al extremo del dejar hacer, la incoherencia, léase la indiferencia. Parece ser que esta concepción se ha observado en los padres desfavorecidos, sobre todo los más desfavorecidos, pero la popularización de ciertas doctrinas psicologistas o psicoanalíticas parece haber aumentado el número de padres, en todas las clases sociales, que se aproximan a esta actitud.

La dimensión "amor-hostilidad" merece también ciertas matizaciones. El extremo "amor" puede ser definido como una comprensión intelectual y afectiva simultáneamente, una personalización de las relaciones de los padres con cada hijo, un clima de armonía que reina en el hogar; y un hogar afectivamente caluroso puede ser aquel en el que los contactos entre todos los miembros de la familia sean intensos, permanentes y animados de forma particular. Parece como si la primera definición fuera la que más a menudo se escoge para describir el clima familiar en las familias favorecidas, mientras que en las clases sociales menos favorecidas lo que se destaca es el calor y la intensidad de las relaciones familiares. La hostilidad respecto al niño parece ser, en algunos trabajos, la consecuencia de la irritación que produce en los padres la presencia de un hijo que es una carga económica, una fuente de dificultades sobreañadidas, y se observa este tipo de dificultad sobre todo en los desfavorecidos. Pero en otros casos, la hostilidad se presenta como una crítica sistemática del niño por parte de las madres muy deseosas de acelerar sus aprendizajes, y son las madres de nivel educativo elevado las que tienden más fácilmente a manifestar esta forma de hostilidad.

La revisión crítica de S. Lebovici sobre la introducción de la ecología en la psiquiatría infantil demuestra la ambigüedad de incluir en un solo grupo a todos los factores psicoeconómicos, e incluso psicosociales, así como la del concepto de salud mental, sobre todo cuando se trata de niños examinados en consultorios psiquiátricos: se sabe que los trastornos de la conducta, por muy estrepitosos que sean, no permiten en ningún caso, juzgar el porvenir mental del niño que los presenta.

Nos parece que se pueden recordar las conclusiones de S. Lebovici sobre la aportación de la Ecología a los trastornos mentales del niño: la inadaptación que se revela a través de los trastornos de comportamiento no es, en general, el caso de los niños pertenecientes a las familias más miserables, a menudo poco preocupadas por las irregularidades de la conducta de sus hijos. La categoría de trastornos que nos hemos acostumbrado a llamar reactivos se observa en las familias bien estructuradas y más o menos armoniosas; en el grupo de los trastornos reactivos propiamente dichos —los más raros— se sitúan una cantidad más importante de casos en los que la reacción no se establece únicamente contra las condiciones exteriores hechas por la familia al niño, sino sobre todo contra los residuos internalizados de imágenes no asimiladas, que corresponden al fraude de las experiencias vividas más precozmente.

Es muy difícil abordar el problema del entorno sin tener en cuenta el *medio social* en el que se desarrolla el niño, y la noción de permisividad o de autoridad depende del status social y del rol que el niño desempeña en ese status.

Se puede tomar como ejemplo el "niño africano", tal como lo describen H. Collomb y S. Valantin: rigidez de los comportamientos, codificación extrema de las reglas educativas y de las relaciones entre los individuos oponiéndose a la coagulación colectiva, como consecuencia de una fusión demasiado estrecha del individuo con el anonimato del grupo. El individuo se forma a través de las dualidades permisividad/rigidez, autonomía/dependencia, cambio/tradición. Pero no existe en absoluto lugar para la aventura individual, la desviación, la singularización. La conformidad se obtiene a través de un condicionamiento que no despierta ni rebeldía ni defensas individuales; el hombre "africano", jamás aislado, permanece simultáneamente sumiso y permeable al entorno. Desde el punto de vista de la higiene mental, lo que actualmente amenaza a África, paralelamente al progreso técnico, es la alteración de la forma fundamental de existencia debido a una agresión cultural masiva; la introducción de la técnica modifica radicalmente las relaciones interhumanas y la relación del hombre con el mundo, en el que aún existe el ardor del mito. Asistimos a una división y desorganización de los modelos colectivos de identificación, a una dislocación del grupo, a una ruptura entre las generaciones, a contradicciones en la educación, a una soledad de raza y de tribu; la desintegración familiar ya no permite que la familia realice sus funciones; ya no existe continuidad entre lo que se le pide al niño y lo que se le pide al adulto. La autoridad suscita conflictos y separa más que une a los individuos. Se desarrolla una patología social; la necesidad de encontrarse juntos para luchar contra la soledad ya no lleva a la organización de "grupos de jóvenes" sino a la de delincuencia y toxicómanos; el número de niños y de adolescentes inadaptados es ya un problema, la prostitución, además, invade las ciudades; las familias y la sociedad se vuelven menos tolerantes con sus miembros inútiles y embarazosos.

C. — EL PROBLEMA DEL APRENDIZAJE

Sabemos que, desde el punto de vista neurológico, en los animales existe una innata actividad refleja incondicionada, que va del más elemental acto reflejo hasta las respuestas reflejas de mayor complejidad; las reacciones reflejas pueden ser difusas o simples reacciones especializadas de carácter local.

En cuanto al niño, la aparición del reflejo condicionado constituye una nueva etapa de su desarrollo. Es un mecanismo de señales que provoca respuestas impulsantes al acto, inicialmente innatas, y ello no sólo mediante excitaciones especializadas incondicionalmente, sino mediante otras diversas excitaciones, al menos en determinadas condiciones. De esta forma, al entrar a formar parte la acción condicionante, se crea una adaptación del organismo al medio. Se ha demostrado que la rapidez de formación del reflejo condicionado, la estabilidad, la etapa latente y la intensidad igual de la reacción condicionada cambian con la edad. Hay autores que creen que toda acción infantil puede considerarse en términos de aprendizaje, mientras que otros piensan que con el aprendizaje ocurre otro tanto, pero como condicionamiento.

Algunos autores siguen hablando y criticando al Condicionamiento desde el punto de vista pavloviano clásico. Además del Condicionamiento Clásico (tipo I o pavloviano) se ha descrito un condicionamiento instrumental que tiene lugar por la relación de la contingencia existente entre la emisión de una respuesta *cualquiera* del organismo y cualquier acontecimiento que le suceda y que acrecienta la probabilidad de que dicha respuesta sea emitida. En este caso, contrariamente al

esquema pavloviano, no existe ninguna relación fisiológica preestablecida entre la respuesta y su consecuencia (el refuerzo); la relación que se establece entre la emisión de una respuesta y la obtención de un refuerzo es al principio fortuita y ligada a las contingencias del medio; a continuación, actúa el organismo sobre el medio a fin de obtener el refuerzo. Este aspecto de acción sobre el medio, opuesto al carácter pasivo del esquema pavloviano ha llevado a Skinner a denominarlo condicionamiento "operante". (Sobre el conjunto de estos temas, véase N. Richell 1966 y J. F. Le Ny, 1972.)

Varios autores (N. I. Krasnogorski, W. H. Wintch, G. Marinesco, A. Kreindler, etc.) indican que numerosas creaciones sucesivas del niño son resultado de reflejos condicionados que nacen espontáneamente o son sistemáticamente creados por el ambiente. A. Rey recuerda que la conducta infantil presenta tres fases muy semejantes a las que se advierte en la reflexología condicional: fase de impermeabilidad a la experiencia, fase de generalización —asimilación generadora—, y fase de diferenciación —especialización por las diversas formas de actuar en función de situaciones determinadas—. Pero, como indica este autor, "considerada estáticamente, la conducta es comparable a un sistema de reflejos condicionados; considerada ya puesta en acción, es una acción que se condiciona a sí misma".

Según determinadas aplicaciones de las teorías asociacionistas o reflexológicas, toda acción parece estar en relación con la fuente de excitación y la respuesta dada; cuando el enriquecimiento se produce por la multiplicación de condicionamientos y por la asociación de los reflejos condicionados, hay que advertir, como hace H. Wallon, que "la idónea apropiación del acto, normalmente mira más a una totalidad que a una determinada circunstancia y, sobre todo, depende del significado propio que le viene dado por la aproximación de dos términos cualesquiera y que equivale a la comprensión de sus relaciones". "Es una estructura que obedece a un motivo no externo, sino propio de los términos en unión".

Insistiendo en la teoría de los reflejos, parece que lo que interesa tener en cuenta no son las excitaciones-reacciones, sino la integración de tales fenómenos; como magníficamente señala J. Piaget, "en realidad la asociación siempre es asimilación, de forma que el lazo de unión nunca es un simple calco de una reacción existente en la realidad externa". Algunos autores soviéticos piensan que la reflexología, tal como se la suele presentar, peca de esquematismo. El informe de A. N. Leontiev abre el camino a la discusión de la teoría de las uniones condicionadas y la todavía más clásica del aprendizaje. Considera que la teoría pavloviana no estudia el siempre complejo comportamiento en sus mecanismos elementales, y la analiza. Llama la atención sobre la íntima unión de los mecanismos sobre la base de la "provocación de señal". En uniones directamente inmediatas de los organismos con su medio externo, aparecen lazos no directos que pudiéramos considerar mediatos. Los animales pueden también reaccionar ante estímulos que por sí mismos carecen de significado biológico para ellos. Tales influjos tienen un significado por su relación con otros estímulos de los que depende directamente la existencia del individuo y de la especie, y frente a influjos biológicamente importantes, "bióticos", hacen de señal; reciben un significado. Por ejemplo, en sí, los ruidos neutros son "abióticos", pero pueden llegar a ser el significado del alimento o de peligro para el animal. Se orientan en relación con las propiedades del medio que actualmente se le ocultan.

También ha motivado una reacción el "determinismo" sobre el que se basan determinadas explicaciones de los reflejos. Lo cierto es que el progresivo condicionamiento obedece a una serie de leyes, bien estudiadas por los autores soviéticos, que nos hablan de su perfección y de su creciente complejidad.

A. N. Leontiev indica que no se han aclarado algunos elementos indispensables para conocer el problema del aprendizaje. La teoría de los reflejos condicionales no se basa en un simple cambio de estímulos. El acto motor, por ejemplo, no se determina exclusivamente por los simples efectos inmediatos de la situación externa. Mediante la "aferentación de retorno" (P. K. Anokhin), llegamos a comprender el proceso de desarrollo interno del acto. La aferentación de retorno tiene una función doble: en cada eslabón intermedio de un acto motor complejo hace de señal que marca el paso a un nuevo intento; en cuanto al resultado último, tiene una función algo diferente: frena los restantes movimientos y refuerza el sistema excitatorio que se forma en el cerebro, sancionando el acto. La realización de una acción motora no sólo exige que el sistema de excitación provocado

por la situación exterior pase a las vías efectoras, sino que, al mismo tiempo, supone la actualización de un sistema sensorial complementario que comporta un "modelo de acción". Todo el mundo conoce la importancia que los reflexólogos atribuyen al segundo sistema de señales. Según A. N. Leontiev, con la designación se produce un agrupamiento bajo ciertas relaciones del objeto con otros objetos, lo que equivale a una generalización del objeto, generalización que, por supuesto, no borra sus rasgos individuales. Los resultados no proceden directamente de la misma palabra, sino del proceso orientador, de análisis y síntesis, que la palabra como excitante provoca en el hombre. La palabra no crea la generalización; es su instrumento y quien la comporta. Algunos autores soviéticos, después de L. S. Vigotski, se han interesado por el problema de transformación de las acciones externas en un proceso intelectual interno, un problema de interiorización. Según ellos, la formación del acto intelectual no se limita a la simple interiorización de actos prácticos. El cambio del acto, además de la interiorización, se caracteriza por la "logización" del contenido; por tres grados de cambios relativamente independientes a los que A. N. Leontiev llama "parámetros de acciones": generalización del acto, reducción del acto, asimilación y grado de interiorización. Admite que el estudio del aprendizaje humano no puede llevarse a cabo confrontando directamente estímulos y reacciones. El proceso de aprendizaje adquiere una forma cualitativamente nueva por la transmisión y asimilación de la experiencia social. La acción decisiva incumbe al contenido de la acción cognitiva que determina los efectos inmediatos a la situación externa del hombre.

Comparando las opiniones opuestas de A. N. Leontiev y J. Piaget, llegamos a la conclusión de que ambos coinciden en admitir que la interiorización de las acciones no explica las operaciones, aun siendo una condición necesaria. J. Piaget admite los parámetros de A. N. Leontiev, entendiendo que al hablar de asimilación se refiere tanto a la del mundo físico como a los conocimientos sociales. Está de acuerdo en que las operaciones únicamente son actos por su génesis y que al concluir determinan el contenido más estable de los actos, su contenido objetivo no psicológico. Así, J. Piaget afirma que las operaciones son el paso de la génesis temporal (y téngase en cuenta que la génesis continúa en tanto dure la transformación) a la estructura intemporal. J. Piaget y A. N. Leontiev consideran que las estructuras son el resultado y no la causa inicial del desarrollo (aun cuando toda génesis observable parte de una estructura más simple para construir una más compleja; la más simple es el resultado de una génesis anterior, y nunca se llega a unos resultados definitivos).

La confrontación teórica entre la escuela desarrollista piagetiana y las escuelas behavioristas americanas es un poco delicada. En efecto, si en sus inicios el behaviorismo americano fue identificado como un reduccionismo elemental, ello se debe principalmente a que ciertas posturas teóricas de su creador J. B. Watson estaban poco matizadas. Pero desde 1937, un behaviorista tan conocido como B. F. Skinner rechaza la concepción E-R (Estímulo - Respuesta). Reconciliándose en parte con las concepciones de E. L. Thorndike, B. F. Skinner dice que al intentar a cualquier precio identificar un estímulo para cada respuesta, no sólo se corre el peligro de no poder superar numerosos "impasses" metodológicos en la interpretación de los hechos, sino sobre todo se desperdicia una interpretación verdadera de las interacciones entre el organismo y el medio. Para este autor, el esquema preconizado por J. B. Watson omite la acción del medio sobre el organismo después de haberse dado la respuesta. Se concede, por lo tanto, un papel fundamental a la acción del organismo, a la modificación que produce en el medio y a la influencia que este último ejerce, posteriormente, sobre el sujeto actuante.

De hecho, la escuela piagetiana ha intentado no relacionarse nunca con el behaviorismo skinneriano. Cuando J. Piaget (1965, 1969) (o sus colaboradores B. Inhelder, H. Sinclair y M. Bovet, 1973) define su posición, lo hace frente a la reflexología soviética (como hemos visto líneas más arriba), o frente a distintas corrientes neobehavioristas. En líneas generales, el autor reprocha a la psicología del E-R el presentarnos a un sujeto pasivo, simple receptáculo de presiones ejercidas por el medio exterior; a los neobehavioristas, que de distintas maneras han introducido una o más variables "organismo" entre el estímulo y la respuesta, les reprocha dar demasiada importancia a la acción del sujeto. Entonces propone su propia perspectiva como una posición intermedia que admite la interacción entre un organismo asimilador y un medio exterior tendentes a la acomodación.

Se puede intentar una confrontación entre B. F. Skinner y J. Piaget. Tanto uno como otro

están firmemente opuestos a todo tipo de nativismo o de maduracionismo. Igualmente para ambos, el desarrollo del individuo no se establece a través de una programación cualquiera de conductas independientes de la actividad del sujeto. Por otra parte, J. Piaget, como los behavioristas, estudia e intenta descubrir las relaciones entre las propiedades de los estímulos exteriores y las propiedades de las acciones del organismo. Si bien J. Piaget insiste especialmente sobre el contenido de las experiencias conscientes del niño, el contenido de sus análisis llevan, no obstante, a dar gran importancia al comportamiento manifiesto del sujeto en situaciones particulares y muy definidas. Si bien ciertos behavioristas no se han preocupado de los fenómenos de la conciencia, no obstante, B. F. Skinner los ha reintroducido en los análisis de las conductas, aunque pida que se tomen en consideración a título de conductas (privados, inconscientes, pasados...) y no como "construcciones hipotéticas" invocadas para intentar explicar el comportamiento público considerado como reflejo del mundo interior.

Igualmente, y al contrario de una opinión bastante extendida, la escuela skinneriana (y la mayoría de las neobehavioristas) nunca ha pretendido que el organismo se presentase en el nacimiento como una tablita rasa susceptible de aprender cualquier cosa y en cualquier momento (B. F. Skinner, 1969). Y de nuevo, desde este punto de vista, es posible poner en un mismo plano a B. F. Skinner y a J. Piaget, pues ambos aceptan la existencia de sujeciones genéticas (en el sentido biológico) que influyen en el desarrollo, sin que por ello operen como estructuras completamente independientes de la actividad del organismo. Por lo tanto, el desarrollo no es ni para B. F. Skinner, ni naturalmente para J. Piaget, únicamente el producto de lo adquirido; los dos autores están de acuerdo en la necesidad de tomar en consideración las variables ontogenéticas así como las variables filogenéticas.

Si bien es cierto que los behavioristas han insistido poco en el problema de la estructuración del desarrollo, se puede pensar, no obstante, que la idea de una organización progresiva de las conductas no les es ajena y no conllevaría modificaciones importantes de sus posiciones teóricas. La cuestión más problemática, sin lugar a dudas, es la que se refiere al origen de estas estructuras, es decir el identificar cuáles son los mecanismos responsables de su aparición ordenada. En otras palabras, y de forma un poco simplificada: la formación ordenada de las estructuras de la inteligencia durante el transcurso del desarrollo se explica por las leyes del aprendizaje y prioritariamente por el control de la conducta por sus consecuencias, o debe recurrirse a los mecanismos de asimilación y de acomodación, procesos subyacentes a la formación de las estructuras e inferidos a partir del comportamiento observable.

Para B. Inhelder, M. Bovet y H. Sinclair, el papel del aprendizaje es doble. Por un lado, se presenta con un carácter positivo, ya que permite al sujeto, a través de su interacción con el medio, descubrir lo imprevisto de situaciones nuevas, lo que despierta su curiosidad (conductas de exploración, de interrogación...). Pero, añaden estos autores, este imprevisto proveniente del medio hace progresar al sujeto sólo si éste es capaz de insertar los fenómenos imprevistos dentro de un encañamiento de inferencias. Por otro lado, el efecto del medio se manifiesta, también, como una forma negativa constituida por el conjunto de contradicciones que opone a las distintas anticipaciones del sujeto. Por lo tanto, si bien la escuela ginebrina no niega en absoluto la importancia del aprendizaje, no obstante afirma que la confrontación sujeto-medio no se resume en una simple "impresión" en el sujeto de los acontecimientos exteriores.

Otras dos conclusiones generales se extraen de esta obra: 1) los aprendizajes realizados no permiten modificar el *orden de adquisición* de los procesos revelados por el análisis psicogenético; 2) en la mayoría de los casos, los resultados del aprendizaje están ligados al *nivel de partida* de los sujetos, de forma que el orden jerárquico existente antes de las actuaciones se mantiene (aunque con alguna modificación) después de éstas. En estas conclusiones, por otra parte interesantes, no hay nada que pueda contradecir a la psicología behaviorista. Si el orden de adquisición de los procesos revelados por el análisis psicogenético corresponde a unos niveles de complejidad en la organización de las conductas, no se ve por ningún lado nada que haga suponer una alteración de esta jerarquía debida a distintos aprendizajes.

Sea lo que fuere, el debate está lejos de aclararse; la psicología piagetiana ha aportado una cantidad incomparable de hechos objetivos concernientes al desarrollo cognitivo del niño. La psicología behaviorista, con algunas pocas excepciones, aun despreciando casi siempre el problema

de las estructuras y de la topografía de las conductas, se ha enriquecido. El problema de la identificación de los mecanismos responsables y de la función relativa de cada uno de ellos en la génesis del desarrollo cognitivo es, sin duda el objetivo más importante de las investigaciones futuras.

Si bien en conjunto los partidarios de la teoría del aprendizaje están en contra del enfoque del psicoanálisis, no obstante, M. D. S. Ainsworth, en un análisis, ha intentado comparar las dos teorías y considera que en algunos de aquellos se encuentra la influencia de S. Freud o la de J. Bowlby, cuando abordan los inicios de la relación madre-hijo.

D. — MODELOS DE COMPORTAMIENTO

Desde un punto de vista general, las diferencias individuales entre los seres humanos son muy importantes, como dice M. Mead, pero aún no hemos sido capaces de utilizar estas diferencias. Hemos concebido clasificaciones en extremo simplificadas y posteriormente considerado a los individuos que no entraban en estas clasificaciones como un contratiempo; si pudiésemos tomar más en consideración estas diferencias y empezar a construir un sistema que pudiese tener en cuenta: —el tiempo de aprendizaje individual, la distinta importancia de una forma de imaginación o de una forma sensorial sobre otra, la configuración de las capacidades distintivas de cada uno— se podrían hacer ciertas elaboraciones.

Los tipos de estudios diferenciales nos parecen interesantes y podemos hacer nuestras las ideas desarrolladas por determinados sociólogos sobre el concepto de "diversidad". Como J. Berque, creemos que: "toda identidad personal o colectiva descansa sobre un juego diferencial y un contrapunto entre distintas dimensiones. Se define por la relación histórica entre estas dimensiones tomadas cada una individualmente y por lo que cada una de ellas favorece". Se puede extrapolar a la psicofisiología lo que J. Berque escribe en el plano sociológico: "La diferencia no es una enfermedad de la identidad humana sino que tiende a la organización plural de una verdadera identidad".

Junto a los aspectos evolutivos de la conducta que se consideran generales, hay otros tipos de conducta relacionables con componentes innatos o con especiales modos de organización en sí variables dependientes de las primeras relaciones filiomaternas. Los primeros son modelos constitucionales, los segundos son "moldeables" que, sobre bases de maduración, toman formas características en función de los mecanismos de relación.

1.º Tipología y condicionamiento

En opinión de I. P. Pavlov, no son iguales todos los perros ante el condicionamiento, lo que lleva a individualizar algunas formas de reacción, según se condicionen con facilidad (tipo fuerte), con dificultad (tipo débil) o paradójicamente (tipo paradójico). El autor señala otros dos tipos cuyas características son la inercia de los procesos de excitación o de inhibición. En su estudio del condicionamiento electroencefalográfico, N. y A. Popov, y G. Lelord analizan una tipología clínica que guarda correlación con la de Pavlov.

Sobre la base de los estudios de I. P. Pavlov, N. I. Krasnogorski analiza tipos de niños de las siguientes características: el tipo normalmente excitable, fuerte, equilibrado y rápido; el tipo normalmente excitable, fuerte, equilibrado y lento; el tipo sumamente excitable, controlado; el tipo débil, poco excitable. B. M. Teplov analiza también los niños de tipo fuerte y débil en función de los conocimientos de la reflexología.

Los partidarios de la "moderna teoría del aprendizaje" sostienen que personas y animales difieren en la rapidez y estabilidad de las respuestas condicionadas, teniendo en cuentas las diferencias individuales en los resultados de todo tipo de condicionamiento. Para H. J. Eysenck, el grado de condicionabilidad no es la única variante individual. La teoría del aprendizaje señala que el refuerzo posterior a cualquier acción ofrece en gran parte la medida del condicionamiento que se establece, pero la clase de sistema neurovegetativo difiere en cada niño, de suerte que un

mismo ruido provocará reacciones contrapuestas. Cuanto más lábil es un niño y más presto a reaccionar, más propenso será a reacciones con miedo muy condicionadamente, como también con angustias y fobias. Las diferencias individuales en la reactividad del sistema autónomo y en la condicionabilidad le han hecho concebir a este autor dos dimensiones de la personalidad: el carácter neurótico y la introversión. Cuanto más importante sea la reactividad autónoma de una persona, más esclavo será de las alteraciones neuróticas, cuanto más fácil sea condicionarle, más introvertido será su comportamiento.

En opinión de N. I. Krasnogorski, sus tipos no son inmutables ni inmóviles, dado que se fundan en las particularidades de los reflejos no condicionados, en la actividad reflecto-condicional del primer sistema de señales en su interacción con el segundo. Cambian por influjo de los factores sociales, por la educación, la alimentación, el crecimiento y las diversas enfermedades.

Hay que plantearse si la casi totalidad de los anteriores tipos se basan únicamente en la organización congénita o si, además, han adquirido algunas características durante el desarrollo de las primeras relaciones con el medio.

2.º Modelos originados en la primera fase del desarrollo por el mecanismo de la relación madre-hijo.

En las relaciones madre-hijo, influyen tanto la valoración de la función materna como las características del niño objeto de los cuidados, o incluso la realidad de una auténtica interrelación madre-hijo.

S. Brody considera que la manera de responder una madre a las necesidades de su hijo y la cualidad de su respuesta emocional condicionan en buena parte la fuerza y calidad de identificaciones y la resistencia a las perturbaciones de la psique. Este autor clasifica cuatro tipos de madres:

El grupo A: son las madres que parecen poder responder a las necesidades de sus hijos: les dejan en libertad de movimientos, les permiten hacer ruido, jugar o estar tranquilos, sin intervenir directamente. Estas madres están seguras de poder hacerlo así; son comprensivas en cuanto a las horas de alimentarlos y a la educación del esfínter, y ven la importancia de los afectos en la educación.

El grupo B: son madres que tienen bastante confianza en sus capacidades, pero recurren a informaciones librescas y se ajustan en parte a estos indicadores. No son demasiado hábiles en sus relaciones con el niño.

El grupo C: son las que manifiestan una clara falta de espontaneidad y, antes que nada, desean ser madres eficaces, cuya eficacia trata de manifestarse en lo esencial, y eso racionalmente. La comunicación entre estas madres y sus niños es mínima, pues piensan que sus relaciones con él son puramente temporales.

El grupo D: son madres muy activas pero poco metódicas en su tarea. Casi todas ellas son primíparas y les falta experiencia. Sobrevaloran su propia capacidad para llevar a cabo su cometido y se basan en teorías generales de educación. En conjunto, su actuación es rígida: son muy exigentes tanto con el niño como consigo mismas.

S. Brody cree que podemos juzgar cuándo una alimentación es rígida o no: si la madre es sensible a las necesidades de su hijo, si establece con él una comunicación verbal y física al amamantarlo, la elección del procedimiento para criarlo y, fundamentalmente, los motivos en que se basa para la elección.

Piensa que estas disposiciones desempeñan un importantísimo papel en la formación de la personalidad infantil, y a título de hipótesis propone que:

—Los hijos de las madres encasilladas en el grupo A podrán llegar a la madurez antes que los demás, esencialmente en cuanto a su adaptación a la sociedad, el dominio de su propio cuerpo y el manejo de objetos.

—Los de las madres del grupo B encontrarán dificultades en su relación con el mundo exterior y tienden a retraerse pasivamente en caso de frustración.

—Los hijos de madres del grupo C podrán tener conflictos con el control de sus impulsos y tenderán a organizarse sobre la base de un carácter o una neurosis obsesiva.

S. Chess considera que los resultados de la experiencia clínica sugieren que los factores ambientales, por sí solos, no pueden dar cuenta de la específica naturaleza de la organización de la personalidad. Al nacer, o poco después, aparecen algunas características, potencialmente importantes para el funcionamiento de la conducta. Citando a S. Freud, para quien el Yo individual posee sus propias disposiciones y tendencias, señala que el interés que el análisis atribuye a las diferencias individuales se limita al problema de saber si se altera la intensidad de las nascentes necesidades en una situación ambiental dada, o si al lactante le confieren una mayor o menor capacidad de satisfacer sus necesidades o de defender al organismo frente a la presión de dichas necesidades. De los estudios longitudinales del autor, en colaboración con A. Thomas y H. Birch, se desprende que en muchos niños llama la atención la constante expresión del temperamento en las diferentes edades. En otros niños los cambios temperamentales parecen estar en relación con el trato familiar o con especiales acontecimientos ocurridos en el medio. Las alteraciones en la conducta se deben invariablemente a una interacción mal adaptada entre el niño que tiene “un modelo” temperamental específico y rasgos significativos en su ambiente. El estilo de la conducta individual se define en función del estudio de nueve categorías de reactividad. En dicho análisis, S. Chess analiza diversos tipos de niños:

—*El niño fácil*, que adquiere unos hábitos regulares tanto en el sueño como en la alimentación, que se adapta con facilidad y acomoda a las nuevas rutinas, a los nuevos alimentos, a una escuela nueva o a personas extrañas. Sabe soportar una frustración sin gran aflicción, y puede responder tranquilamente a lo que suelen esperar los padres de un hijo. En proporción, tiene menos problemas en su manera de conducirse que los otros, salvo que lo que se le enseñe en casa difiera de las normas que se le exijan en otro grupo social.

—*El niño difícil*, que come mal y preocupa por lo poco que duerme o porque no hay manera de vestirlo. Reacciona ante la frustración con lloriqueos ruidosos y excesivos, y violentas y bruscas cóleras. Las exigencias de adaptación social tienden a intensificar el stress, pudiendo aparecer algunos síntomas cuando reacciona inconsecuentemente por impaciencia o por el castigo. Nada hace suponer que los padres de niños difíciles sean radicalmente diferentes de los demás y que sean responsables del especial temperamento de su niño. Una vez satisfechas sus exigencias, este tipo de niño podrá adaptarse a la sociedad y vivir sin roces realmente graves. Lo malo es que los padres, ante las dificultades de la educación de un muchacho así, reaccionan con resentimiento, con sentimientos de culpabilidad o de impotencia, lo que origina un círculo vicioso de interacciones.

—*El niño “al que hay que empujarle”*: Le provocará un stress la insistencia de los padres para obtener una respuesta positiva inmediata; también su retraimiento se hará más patente cuando le presionen violentamente para hacerlo cambiar. Pero responderá positivamente si se reconoce que su lenta adaptación forma parte de su temperamento normal y se obra con él adecuadamente. La eficacia de cualquier terapéutica con tales niños depende de la evaluación de las características del temperamento de cada uno en especial. Considerando que la influencia de los padres, al igual que los restantes factores ambientales, se ven desde el prisma de la específica interacción niño-ambiente, no por ello ha de subestimarse al “factor temperamento” la misma atención sistemática.

A menudo no se han tenido en cuenta los modelos de comportamiento según los sexos. Desde la primera infancia, como subraya B. Cramer (1971), factores congénitos —umbrales de estimulación, diferencias anatómicas, manipulaciones diferentes por parte de la madre— determinan interacciones diferentes. Un conjunto que comprende: la descarga a través de la actividad motriz, la impulsividad elevada y la expresión de la agresividad por la acción, está en el centro de gran parte del comportamiento del niño varón. Lo que en un principio puede parecer un factor primario resultante, en esencia, de la planificación de la maduración, puede ser (como en la descripción de los estilos cognitivos) la expresión de una forma preferida de percibir que, a su vez, está ligado a características personales que se refieren a un gran número de distintos terrenos o

aspectos del funcionamiento mental. Estudios longitudinales de niños y niñas en los primeros años de vida pueden indicar hasta qué punto diferencias de aparición precoz, según el sexo, pueden afectar de forma diferente el proceso de separación-individualización.

Según R. Stoller, las madres, en general, se sienten en intimidad más fácilmente con sus lactantes niñas que con los niños y, por lo tanto, el niño no tiene el desarrollo heterosexual directo que S. Freud le atribuyó; antes al contrario, tiene un impedimento mayor en la vía de la heterosexualidad; debe desembarazarse de todo lo que en él se ha desarrollado de feminidad durante la simbiosis madre-lactante.

El estudio del informe de M. D. S. Ainsworth, plantea para unos el problema de la tendencia particular de la madre a tratar de forma diferente los lactantes niños de los lactantes niñas; para otros, se trata de la proyección de la madre en la hija a quien comprende mejor, mientras que espera que provengan señales del niño; finalmente otros consideran que hay una diferencia esencial entre niñas y niños en su capacidad de emitir señales.

3.º Diversidad de la individualización

S. K. Escalona (1963, 1968), después de un estudio longitudinal en lactantes de 4 a 32 semanas, señala las diferencias de sus respuestas a condiciones de estímulos casi iguales.

Se han utilizado distintos parámetros en este tipo de estudios. Así S. K. Escalona describe el comportamiento de los lactantes y los divide en activos e inactivos según ocho “dimensiones”: nivel de actividad y sensibilidad perceptiva; motilidad, autoestimulación corporal; comportamiento de respuesta a los objetos inanimados, comportamiento social, comportamiento cuando están fatigados o tienen hambre, comportamiento durante el transcurso de la actividad espontánea.

La autora piensa que es posible obtener una información objetiva a partir de influencias y de condiciones externas, por una parte, y a partir del comportamiento coexistente, por otra. Los resultados que obtiene sugieren que las mismas transiciones en el desarrollo pueden cumplirse por vías diferentes, dependientes de las tendencias de reacción establecidas en el niño y de la forma de actuar de la madre. Igualmente sugiere que las diferencias en las características del organismo, como el nivel de actividad o la sensibilidad perceptiva, pueden determinar el impacto de la estimulación externa en la experiencia del niño. Así, en un lactante A (muy activo), una fuerte estimulación proveniente de la madre es excitante, pero generalmente no le lleva a empeñarse en las integraciones comportamentales más maduras de las que sea capaz, mientras que el mismo tipo de estimulación es una condición necesaria para la aparición de comportamientos relativamente los más maduros, en el caso de un lactante I (muy inactivo). Así, los dos responden a una estimulación materna, en los dos las activaciones resultantes del comportamiento tienen una relación con el establecimiento de algunas funciones precoces del Yo, pero el efecto inmediato en cuanto al nivel de actividad está en una dirección casi opuesta: la experiencia del niño es la variable que desempeña un papel crucial. Se han aportado observaciones similares al referirse a los “modelos” de autoestimulación corporal. Se puede, por lo tanto, admitir que acciones muy diferentes por parte de la madre (y otras variaciones del medio ambiente) pueden tener consecuencias muy similares en cuanto a su impacto en la experiencia del niño tal como se refleja en su comportamiento y, al contrario, que una estimulación externa similar o idéntica puede tener consecuencias variables y opuestas.

Dos categorías de variantes —de ambiente y organismo— convergen y actúan mutuamente, paso a paso y año a año, configurando la experiencia infantil. Según S. K. Escalona, toda experiencia, tanto si impulsa a andar —cosa común a todos— como si lleva a la abstracción y a las defensas de los ideales —cosa privativa de cada caso— es el resultado de características biológicas del organismo. Suponiendo una recíproca relación entre las influencias que, trabadas, forman la “experiencia”

infantil, será innecesario distinguir entre maduración y aprendizaje, aplicados ambos términos al proceso del desarrollo.

M. David y G. Appel han estudiado el *pattern* de interacciones madre-hijo cuando éste tiene un año, en cinco parejas madre-hijo. Permiten captar a lo vivo el juego directo y constante del comportamiento de la madre con su hijo, y a la inversa, en cualquier circunstancia, mediante un "modelo" de interacción. En cada pareja madre-hijo prevalecen una o dos formas fundamentales de comportarse, que se manifiestan y hallan su realización en las interacciones que la relación organiza en un "modelo" coherente y propio de una pareja concreta. Con todo y ser constante, el *pattern* de interacciones no produce comportamientos estereotipados, sino que manifiesta una infinita variedad de maneras. La interacción es no sólo el medio de expresión de la relación, sino también el de regulación. Cada madre está más o menos abierta y es más o menos sensible a las diversas manifestaciones de la conducta y el desarrollo de su hijo. Aparte de eso, dado su carácter individual, cada niño se ofrece a su madre como un "objeto" que por su naturaleza, sus reacciones y sus propios impulsos provoca en ella una respuesta adecuada a su manera de ser. En función del movimiento del uno hacia el otro se genera un juego de interacciones al que el niño siempre se halla expuesto. Le opone reacciones que le son propias, que a su vez engendran y orientan las de su madre. Son constantes interacciones que llevan al *pattern* motor que configura su personalidad.

Las investigaciones de M. D. S. Ainsworth son también de una finura notable, particularmente su estudio de la interacción madre-lactante en los primeros meses de la vida, con focalización especial en la situación de la alimentación, focalización que no implica, dice, la hipótesis de que la pulsión de hambre o la gratificación oral sea preponderante para estructurar la base de la interacción interpersonal, pero refleja el hecho de que, durante las primeras semanas, la mayor parte de la interacción entre un lactante y su madre se refiere a la alimentación. Su investigación subraya la sensibilidad de la madre a los ritmos, signos, velocidad y preferencia del bebé, como tema dominante, pero muestra también que esta misma sensibilidad se refleja en un determinado número de escalas de evaluación, incluso en algunas que no tienen relación explícita con la alimentación.

4.º Modelos ampliados

Paralelamente a las relaciones madre-hijo, existen los modelos culturales que se imponen a partir del momento en que son definidos como tales. Así, M. Mead (1971) señala, por ejemplo, que en la cultura tradicional de Samoa, los niños estaban clasificados en cuatro grupos: aquellos cuyas orejas y cuya garganta estaban abiertas, de forma que podían simultáneamente aprender bien y expresar correctamente lo que habían aprendido; aquellos cuyas orejas estaban abiertas y cuya garganta estaba cerrada, los tímidos; aquellos cuyas orejas estaban cerradas y cuya garganta abierta, los insensatos; y aquellos cuyas orejas y cuya garganta estaban cerradas, los estúpidos sin remedio; la decisión sobre el grupo al que debía pertenecer cada niño se tomaba muy pronto, y el trato que les correspondía reforzaba el comportamiento "innato" imputado. Igualmente, los Mundugumor de Nueva Guinea creen que sólo los niños nacidos con una cuerda alrededor del cuello pueden llegar a ser artistas, y estas suposiciones son profecías que se siguen. Parece, por lo tanto, que hay algo de inevitable aportado por el modelo de cultura.

Uno se puede preguntar hasta qué punto estas descripciones, que parecen caricaturales, pueden parecerse a determinadas conductas yatrógenas: algunas de nuestras etiquetas diagnósticas pueden a veces convertirse en modelos de comportamiento que inducen al niño a responder según nuestros modelos previstos.

III. — CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

La organización funcional se hace a partir de unas bases que se fundan en una cierta fijeza y que progresivamente, gracias a una movilidad, evolucionan de lo mecánico a lo voluntario con una cierta mecanización de lo voluntario, que permite una economía de la realización. La conservación de una cierta constante es necesaria para la realización de "rendimiento". Esta constante es posible gracias a la organización mecánica del sistema nervioso y a las respuestas que esta mecánica permite, creando así un refuerzo de los esquemas funcionales; pero sólo se puede comprender la realización funcional si se sobrepasa la instantaneidad del presente, insertándola en una organización histórica que le da una coherencia con la realidad. En su evolución, el niño es simultáneamente creador y mecánico, su soma está preparado para recibir y este conjunto ordenado se prepara y finalmente lo está para funcionar de una forma automática y reactiva. Está viva pero llega a ser creadora al crear su propio funcionamiento. Los mecanismos fisiológicos se descubren en la organización y el cerebro se organiza haciéndose. La adquisición de forma del sistema anatomofisiológico no puede, por lo tanto, ser comprendida como una entidad abstracta, sino como una entidad dinámica, fruto de una relación enriquecedora. La dinámica sólo se puede entender teniendo presente el ser que "es" y el ser que se hace.

El problema capital de un individuo es la constante de su ser general y su individualización personal. En efecto, todo lo que es después del período fetal es la base de un futuro posible. Lleva en sí mismo su organización biológica para sobrevivir y su sistema se enriquece progresivamente con la maduración que le aporta nuevas capacidades de recibir y de afinar la información que recibe. El hombre hace su propia historia a través de su propia historia programada, con la combinación de la historia que hace y de la historia que vive, con la combinación no antinómica de lo que el hombre debe hacer y de lo que hace.

Muy a menudo, los autores sitúan en el mismo plano los conceptos de "congénito", de "hereditario", de "constitucional" y de "innato". Nos parece que sería más claro llamar "innato" a lo que se nos aporta a cada uno funcionalmente con el nacimiento (funciones y actividades biológicas, ciclos biológicos, necesidades, etc.), llamar "congénito" al conjunto de características de un individuo desde el nacimiento, y eliminar el término "constitución", cuya connotación recuerda simultáneamente las ideas de heredado, de congénito y sobre todo de irreversibilidad.

El desarrollo del niño depende de lo heredado, del entorno y de la coexistencia de lo heredado, del entorno y de la actividad del niño.

Lo heredado es aquello que se nos aporta morfológicamente, fruto de lo heredado de nuestros predecesores a los que nos podremos parecer mediante la fijeza de unas invariantes que nos dan un carácter de generalidad pero que podrán modificarse más o menos a través de las primeras relaciones. Al lado de este potencial hereditario, existe también una transmisión de un cierto modelo específico de especie propio del hombre: la prematuridad, la lentitud del crecimiento, el retraso del inicio motor y un grado prolongado de "infantilización".

Todo el mundo está de acuerdo en reconocer la importancia de lo heredado. Como dijo S. Freud: "No tenemos razón alguna para negar la existencia y la importancia de las variaciones del Yo congénito primario". La opinión de S. Freud sobre lo heredado ha variado en distintos momentos de su obra.

Hay que añadir que, para la mayoría de los psicoanalistas, la interacción entre los

factores internos y externos es compleja; S. Freud admitió que "asociándose con los acontecimientos de la vida infantil, la constitución (a nuestro parecer este término se emplea aquí en su sentido general) da lugar a una nueva serie complementaria".

Las investigaciones longitudinales sobre las características psicológicas de gemelos desde las primeras semanas de vida hasta la edad escolar son bastante clarificadoras.

A. Gifford y cols. (1966) estudian las diferencias interindividuales y las atribuyen a los distintos pesos al nacer.

El trabajo de M. Allen y cols. (1971) y el de D. J. Cohen y cols. (1972), efectuados ambos sobre el mismo grupo de gemelos (8 pares de monozygotos y 2 pares de dizygotos) desde el nacimiento hasta la edad escolar, no revelan una relación entre el peso al nacer y dominancia; los autores han evaluado una "competencia constitucional", durante la primera semana, a partir de una escala que tiene en cuenta la salud, la adaptación fisiológica, la tranquilidad, la energía y el examen neurológico; descubren que los gemelos MZ tienen experiencias distintas desde el nacimiento y son tratados y considerados de forma diferente por sus padres. Algunas de las diferencias observadas en un par a la edad de un año: 1) diferencia clara en la facilidad relativa de adaptación a nuevos estímulos (diferencia en el estado de temor inicial, dependencia-independencia); 2) tendencia de un gemelo a ser más metódico y reflexivo, y del otro a ser más excitable y emocional; 3) una mayor orientación hacia las personas (sociabilidad) en un gemelo y una mayor orientación hacia los objetos en el otro; 4) tendencia de un gemelo a explorar el entorno de forma paciente y sistemática, y en el otro a buscar de forma más activa algún nuevo estímulo; 5) tendencia en un gemelo a ser más pasivo, y más confiado y dominante el otro. Tales diferencias, aunque a veces sutiles, casi siempre son claras e impresionantes.

D. J. Cohen y cols. confirman en la edad escolar las diferentes capacidades de los niños (evaluadas con estudios de comportamiento, tests psicométricos, el Rorschach) frente al entorno y su modulación de respuesta frente a un estímulo interno o externo, es decir que los "mejor dotados" en su "escala de evaluación de la primera semana" persisten como tales posteriormente.

Algunos estudios sobre el desarrollo de los gemelos han llevado a creer que las características de auto-afirmación y de sociabilidad pueden estar divididas entre los dos niños (S. Gifford y cols.). No obstante, esta conclusión no se extrae del estudio hecho por M. Allen y cols. y D. J. Cohen y cols. En efecto, en sus casos, las características de cada uno de los gemelos se manifiestan desde el nacimiento y persisten hasta la edad escolar. Según D. J. Cohen y cols., existe una cierta relación entre la adecuación funcional o bioquímica durante la primera semana de vida y la "competencia"; las respuestas de la familia entran en interacción con la constitución. El lactante atento y tranquilo es consolado más fácilmente, tiene necesidad y recibe menos cuidados de la madre, pero probablemente por esta razón, está implicado dentro de un intercambio, más satisfactorio mutuamente. La capacidad de ser reconfortado fácilmente y de permanecer atento está asociada a la capacidad de modular las respuestas a una estimulación interna y externa. Es a través de una miríada de transacciones que los niños y la familia refuerzan recíprocamente la percepción y la autopercepción de la competencia (o de la incompetencia), de la auto-afirmación (o de la pasividad) y de la dominancia (o de la sumisión).

Estos hechos nos demuestran que detrás de los parecidos que existen entre los gemelos, se pueden encontrar diferencias que se explicarían por los elementos intrínsecos a cada uno de los gemelos y de orígenes distintos —prenatal, obstétrico y perinatal— así como por una forma particular de adaptación al medio ambiental desde una edad precoz.

Si abordamos el problema desde una perspectiva más general, podríamos admitir que lo que se llama "congénito" es un factor que nos es dado o que constatamos desde el nacimiento; pero responde a un *potencial de base*, fruto de lo heredado, de circunstancias del desarrollo durante la vida intrauterina y del período perinatal. Por este potencial de base, el niño, según sus capacidades intrínsecas de vigilia, de actividad, de voracidad, etc., se ofrecerá a la madre o a su sustituta de una forma

propia, a lo que la madre reaccionará con sus características personales, según sus disposiciones.

La *dotación de base* responde a una constante de funcionamiento, estructuralmente organizada en una edad precoz, que es la base de unas modificaciones ulteriores y a partir de la cual se establecerán unas relaciones con el entorno. Este equipamiento no puede confundirse ni con el potencial, ni con los procesos de maduración. La dotación no responde a una noción cuantitativa sino cualitativa; es una característica particular del individuo que depende del potencial y de las formas de transacción entre la madre y el niño o, más exactamente, de la experiencia que de ellas tiene el niño. Se crea así, a una edad precoz, un determinado modelo de reactividad respecto al mundo que lo rodea. Esta manera de ver el equipamiento de base permite hacer más sencilla la utilización de términos como "constitucional", ya que, según este concepto, existen organizaciones no heredadas que adquieren formas más o menos rígidas, más o menos particulares a partir de modos trasaccionales precoces. Esto tiene cierto parecido con lo que S. K. Escalona llama "*patterns* estables de experiencia".

Por lo tanto hay que dar importancia (sin oponerlos), por un lado al potencial que el niño aporta al nacer, y por el otro, a lo que el mundo exterior le va a aportar a este niño prematuro tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo de manera que lo que sea posible se cumpla y lo que sea probable se realice en cada momento de la maduración, dentro del marco de la organización funcional evolutiva.

El nivel de maduración nos muestra lo posible de una actividad y, hasta cierto punto, el funcionamiento de las estructuras preformadas en la línea general del desarrollo. Lo que sí creemos esencial es la acomodación de las sucesivas organizaciones durante el transcurso de la evolución misma. La maduración no nos explica a todos los niveles lo que el niño hace y mucho menos lo que el niño vive, ya que la actividad no es anatomía sino relación, es decir funcionamiento de estructuras posibles dentro de una relación que toma forma en el terreno de la experiencia y que contribuye a organizar las estructuras internas con la perspectiva de futuras realizaciones. Durante el primer desarrollo, la prematuridad limita el campo de posibilidades pero, al mismo tiempo, la maduración permitirá de forma progresiva (con su mecánica cada vez más compleja) abrir la posibilidad de comportamientos más variados y el paso de la exploración de campos próximos a la exploración de campos lejanos. Estas organizaciones se hacen en relación a una totalidad y responden a ciertas leyes de equilibrio: equilibrio en el campo biológico, mecanismos de adaptación en el campo interrelacional.

Según S. K. Escalona, los lactantes normales se diferencian unos de otros en su excitabilidad. La reacción del sistema nervioso autónomo a los estímulos externos difiere en los bebés, y estas diferencias se revelan como relativamente estables, como mínimo durante el principio de la primera infancia. Es posible, dice este autor, que la excitabilidad sea una propiedad biológica del organismo que responde a un número elevado de diferencias observadas y que codetermina el curso del desarrollo subsiguiente. Los avances maduracionales dependen de las actividades autoengendradas del lactante, es decir de su reactividad a la estimulación perceptiva proveniente del entorno inmediato. La frecuencia con que el lactante muestra comportamientos espontáneos de este tipo y las integraciones particulares del comportamiento que adquiere están claramente relacionadas con las ocasiones que le son ofrecidas por el entorno. Según este autor, el lactante busca la estimulación y realiza esfuerzos para conseguir comportamientos que son su misma recompensa, en el sentido de que estos comportamientos se realizan incluso en presencia de obstáculos y

de consecuencias negativas impuestas por el entorno. Este fenómeno se ha descrito con la etiqueta de curiosidad, habilidad o pulsión innata hacia la competencia. La novedad y la complejidad de los estímulos constituye una fuente de motivación. Esto es independiente de los estados de necesidad primaria que D. O. Hebb ha descrito como hipótesis neurofisiológica de la incongruencia, hipótesis que se puede aplicar a unas secuencias del desarrollo en el terreno social y afectivo.

No se puede tratar de los problemas de dotación de base sin abordar ciertos temas de la metapsicología psicoanalítica actualmente en estudio.

Es tradicional emplear, en la teoría psicoanalítica, los conceptos de *pulsiones* o de formas psicológicas, términos en los que se incluyen los puntos de vista económico y dinámico de la metapsicología freudiana. Una parte de estos problemas está ligada a la noción que presupone que los cambios del comportamiento dependen de un estado que engendra o descarga energía o fuerzas. Pero, de hecho, el concepto de energía es discutido ya que es ambiguo; se puede referir (S. K. Escalona) a construcciones hipotéticas como "pulsión" o "instinto" y puede conceptualizarse como excitación neuronal o, cuando se habla de descarga de energía o de fuerzas, por ejemplo, parece referirse a una noción de "reservorio de energía" o de "impulso vital". La ambigüedad de estos términos ha sido analizada por distintos autores. Para S. K. Escalona, se han postulado determinados procesos de formación de energía y de motivaciones, sin tener en cuenta sus leyes o sus mecanismos de operación, y así mismo el comportamiento y las estructuras y funciones psicológicas han sido atribuidos a unas transformaciones energéticas del sistema nervioso. Este último punto de vista tiene la ventaja, en cuanto fenómeno psíquico, de ser considerado como sujeto, pero su desventaja estriba en el hecho de que la reducción de los acontecimientos psicológicos a procesos fisiológicos, cierra la puerta a la investigación de los acontecimientos psicológicos como tales. J. Bowlby demuestra que si bien S. Freud cambió a veces detalles de su modelo de energía psíquica, no obstante nunca lo abandonó. Pero para J. Bowlby este concepto defendido por S. Freud no procede de su trabajo clínico; su modelo era un intento de conceptualizar los principios de la psicología en términos análogos a los de los principios de la física y de la química de su tiempo. Para J. Bowlby, el modelo de energía psíquica no es un problema central del psicoanálisis; lo que considera esencial, es decir el papel de los procesos mentales inconscientes, la represión como un proceso que los guarda activamente inconscientes, la transferencia como un determinante principal del comportamiento, el origen de la neurosis en un trauma de la infancia, puede utilizarse sin tener que recurrir al modelo de energía psíquica. Este autor considera que en el movimiento psicoanalítico se encuentran distintos intentos para aumentar o sustituir los modelos de S. Freud. Gran parte de estos intentos se centran en la fuerte tendencia del individuo a buscar relaciones con los otros o con partes de las otras personas. Ha considerado esta tendencia como representante de un principio primario y, por consiguiente, con la misma importancia en la vida psíquica que el principio de descarga y el principio del placer. De entre los psicoanalistas que más han contribuido a la teoría de la relación objetal destaca a Melanie Klein, M. Balint, D. W. Winnicott, W. R. D. Fairbairn. Teniendo varios puntos de coincidencia, su diferencia más profunda con ellos está en el hecho de si se refieren o no a la teoría de la relación objetal pura (W. R. D. Fairbairn), o a teorías compuestas en las que conceptos de relación objetal se combinan con conceptos de energía física (como en el caso de Melanie Klein, debido a la importancia que concede al papel del instinto de muerte). En el sistema de J. Bowlby, en vez de la energía física y de su descarga, los conceptos centrales son los de los sistemas del comportamiento y de su control, de la información, de los *feedback* negativos y una forma de homeostasis del comportamiento. Las formas más complejas del comportamiento instintivo son consideradas como resultado de planes que, son más o menos flexibles, según la especie. La ejecución de un plan se inicia con la recepción de ciertas informaciones (derivadas de los órganos de los sentidos y a partir de fuentes externas o de fuentes internas o de ambas), es dirigida y finalmente terminada por la recepción de otros conjuntos de informaciones que tienen su origen en el resultado de la acción emprendida. En la determinación de los mismos planes y de los signos que controlan su ejecución, están implicados a la vez componentes aprendidos y no-aprendidos. Para este autor, la palabra "instintivo" es utilizada descriptivamente como

adjetivo, pero existen dificultades para el empleo del sustantivo "instinto". Prefiere hablar de una "teoría del comportamiento instintivo" a pesar de no estar, satisfecho del todo con esta locución. Señalemos, por otra parte, que el término "energía" no satisface a S. K. Escalona, ya que, en su sentido estricto, ha caído en desuso para la física, y no es un concepto central ni en biología. No obstante admite que el modelo homeostático cumple aún una función en el estudio psicológico del comportamiento humano.

La actitud de J. Bowlby ha estado muy influenciada por los trabajos de R. A. Hinde. Según este autor, las primeras explicaciones del comportamiento "instintivo" sólo eran verbales; en primer lugar fueron remplazadas por el concepto de "pulsión" lo que ha llevado a experiencias fecundas pero también a peligrosas simplificaciones; se presta a confusión, ya que este concepto define ya un estímulo, ya una respuesta, ya un estado fisiológico, ya un estado psicológico, ya un proceso nervioso, ya un proceso "extranervioso". El concepto de instinto sería casi siempre una variable de "tapadera", que da una explicación unitaria a una diversidad de características de comportamiento que dependen, de hecho, de distintos mecanismos. Según R. A. Hinde, las variaciones del comportamiento de un animal de un momento a otro pueden atribuirse a múltiples factores: variaciones de las estimulaciones externas, modificación del medio interior, cambios en el sistema nervioso resultantes de la exposición a un estímulo o de la consecución de una respuesta, etc.

Algunos autores tienden, en la actualidad, a utilizar el término "motivación" en lugar del término "pulsión". Pero si nos referimos al sentido dado por J. Nuttin a la noción de motivación, percibimos que comprende dos componentes fundamentales: un componente "activador", "energizante", que implica la existencia misma de una actividad del comportamiento y de su grado de intensidad; y un componente "directivo", responsable de la orientación que se imprime a esta actividad. Pero también por aquí volvemos al concepto de energía.

Por otra parte, si bien para algunos hay que distinguir diferentes motivaciones cada una de las cuales es una gran entidad unívoca, en cambio para otros no existe más que una sola motivación "activadora", una pulsión única sin orientación específica resultante de la entrada en juego de sistemas neuronales no específicos. La orientación del comportamiento está entonces determinada por los diferentes estímulos-signos en virtud de sus propiedades innatas o adquiridas. Como dice P. Karli, la limitación de la noción de motivación a su componente activador y la dicotomía "motivación-aprendizaje" que es su corolario, tienen un valor heurístico importante en los animales cuya conducta consiste esencialmente en un encadenamiento automático e innato de estímulos y de respuestas estereotipadas. En este caso, el proceso de aprendizaje se inserta, sin modificar su orientación, sobre una "activación" más o menos intensa de una organización interna de constantes innatas de la conducta. Pero en el caso de los mamíferos, y especialmente del hombre, esta concepción de la motivación no es suficiente ya que sólo engloba una parte de los procesos que determinan la intensidad y la orientación de las actividades de la conducta de un organismo en un momento dado de su vida: no tiene en cuenta el papel eminente que en este determinismo ejerce el bagaje experiencial del organismo y la situación global en la que se desarrolla y se inserta su conducta, y sólo abarca de forma muy parcial algo que, no obstante, es un aspecto esencial en la génesis de la "personalidad" del individuo, a saber el desarrollo progresivo de un conjunto de nexos "históricos" entre una situación y una respuesta conductual (P. Karli).

Varios autores han aceptado como suyo el modo de ver de J. Bowlby según el cual las teorías psicoanalíticas de la motivación deben ser examinadas en términos de la teoría de los sistemas de control, siendo sus conceptos fundamentales el *feedback* y la información. Para G. L. Engel, es evidente que limitar los sistemas de la conducta instintiva a un modelo cibernético impide las consideraciones sobre las características de la fuente de energía implicada y, por lo tanto, excluye toda referencia a los puntos de vista dinámico y económico. Según este autor, la eliminación que J. Bowlby hace de la energía "psíquica" no sólo está desprovista de sentido, sino que además es contradictoria ya que, no puede decir que ninguna energía es capaz de poner en funcionamiento todo el sistema y luego decir a renglón seguido "con la excepción de la energía de la física". Está claro que la energía es esencial no sólo para todo el sistema sino también para cada subsistema, y por lo tanto para el aparato mental. Según este autor, los puntos de vista dinámico y económico están inherentes en el concepto de "conducta instintiva" de Bowlby. De hecho, sería incomprendible si no postulara que su actividad depende de una energía.

Según G. L. Engel, gran parte de las críticas hechas por J. Bowlby a la teoría psicoanalítica vendrían de su dificultad de diferenciar entre los marcos de referencia psicológicos y los conductuales. Junto con otros autores, G. L. Engel admite que los conceptos como "instinto" y "pulsión", que se emplean en psicoanálisis, podrían cambiarse, dada su deformación por muchas interpretaciones dispares, pero no puede existir la duda sobre unos términos de energía que son indispensables para comprender una actividad espontánea y el carácter perentorio de la conducta.

Además de los problemas sobre los que acabamos de hablar hay también otros que son el objeto de discusión. J. Sandler, después de una reformulación teórica extraída de los trabajos de estos últimos años, mientras establecía, con su equipo, el índice de Hampstead, que es un intento de ordenación y análisis del material psicoanalítico del niño, ha podido comprobar los problemas de comunicación que surgían entre los que hablaban en términos del índice y los otros, a medida que separaba los distintos significados de los conceptos introyección, identificación, fantasma, sublimación, neutralización, Superyo, ideal del Yo, Ello, regresión, fijación, etc; cuanto más cuidadosa era la definición, más crecía el problema de conceptualización y de comunicación. Finalmente admitieron que era muy apropiado utilizar un marco de referencia en un conjunto de circunstancias y pasar a otro marco en otras; pudiendo coexistir así diferentes marcos de referencia, sin que ello sea inapropiado. Se puede encontrar una aplicación de este índice en la obra de J. Bolland y J. Sandler. Cuando se analiza el trabajo de J. Sandler y W. G. Joffe (1969), cuyo objetivo es en parte intentar clarificar un determinado número de conceptos psicoanalíticos, o el de M. D. S. Ainsworth que, dentro de una gran aportación teórica, estudia los conceptos de relación objetual, dependencia y apego, se comprueba que, según los autores, cada término empleado tiene un significado no siempre idéntico, incluso sin salirse de la metapsicología freudiana y, haciendo la exégesis de Freud, cada autor encuentra la confirmación del sentido particular del término tal como él lo quiere emplear.

El conocimiento del desarrollo del niño ha podido abordarse esquemáticamente a partir de distintas doctrinas: condicionamiento en el sentido pauloviano, condicionamiento operante de tipo skinneriano, constructivismo en el sentido piagetiano, y psicoanálisis.

La doctrina de J. Piaget se refiere fundamentalmente al desarrollo cognitivo, pero considera que la afectividad se caracteriza por sus componentes energéticos cuya carga se distribuye sobre un objeto u otro según sus uniones positivas o negativas. En cambio, lo que caracteriza al aspecto cognitivo de las conductas con sus estructuras, tanto si se trata de esquemas de acción elementales, de operaciones concretas o de lógica.

Según J. Piaget (1971), en el caso de los procesos afectivos, y por lo tanto energéticos, el resultado al que llegan es relativamente consciente; en cambio, los mecanismos íntimos de este proceso permanecen inconscientes, es decir que el sujeto no conoce ni la razón de sus sentimientos, ni su fuente, ni el por qué de su intensidad más o menos fuerte, ni su eventual ambivalencia. El caso de las estructuras cognitivas es muy similar; conciencia relativa del resultado e inconsciencia casi absoluta de los mecanismos íntimos que llevan a este resultado. Admite, por lo tanto, la existencia de un inconsciente cognitivo que consiste en un conjunto de estructuras que el sujeto ignora, a excepción de su resultado. Además admite la existencia del rechazo, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo. Para este autor, el tomar conciencia constituye una reconstitución en el plano superior de lo que ya está organizado, en el plano inferior, pero de otra forma. La reconstrucción que constituye la toma de conciencia consiste en una conceptualización; el inconsciente cognitivo no comporta, efectivamente, conceptos en cuanto que representaciones y la misma idea de "representaciones inconscientes" es para él contradictoria. El inconsciente, sigue diciendo, está amueblado con esquemas sensoriomotores u operativos ya organizados en estructuras pero que expresan lo que el sujeto puede "hacer" y no lo que piensa.

J. Piaget incita a tener prudencia con la utilización de los recuerdos infantiles, ya que si en el mismo terreno cognitivo la memoria es una reconstrucción más o menos adecuada, con la intervención de procesos afectivos de todo tipo (conflictos, etc.), la reconstitución será tanto más compleja. Por lo tanto todo estudio comparado debería organizarse a partir de las transformaciones afectivas y cognitivas del recuerdo. Para J. Piaget, aunque exista una cierta relación entre los análisis del desarrollo cognitivo y las doctrinas psicoanalíticas, no se podría determinar si las construcciones cognitivas engendran las modificaciones afectivas más de lo que éstas determinan a aquéllas. Finalmente, los mecanismos afectivos y cognitivos permanecen siempre indisolubles aunque distintos, y por ello mismo es difícil de determinar si los unos son energéticos y los otros estructurales. En este trabajo J. Piaget no propone un compromiso entre su doctrina y la de los psicoanalistas, pero está convencido de que llegará un día en que la psicología de las funciones cognitivas y el psicoanálisis se verán obligados a fundirse en una teoría general que los mejorará a ambos.

Parece difícil no admitir que en el desarrollo cognitivo del período sensoriomotriz, los problemas afectivos y relacionales tienen un papel predominante y, en cambio, si es difícil admitir, que ulteriormente y de una manera heurística, se estudien separadamente las funciones afectivas y cognitivas; la cognición durante el primer desarrollo está íntimamente ligada al modo de relación madre-hijo, sin que pueda separarse lo que la madre aporta a la actividad del niño, que recibe y responde a las incitaciones exteriores. El rol activo del niño siempre ha sido valorado por J. Piaget, mientras que algunos psicoanalistas lo han considerado el objeto-sujeto pasivo.

Las investigaciones *psicoanalistas* en el niño fueron, al principio, marcadas por estudios retrospectivos; no fue hasta más tarde cuando apareció el interés por el estudio del niño durante la evolución; pero rápidamente se aplicaron modelos psicoanalíticos con formulaciones a menudo adultomorfas, a veces ligadas a una metapsicología discutible, que no tenía presente las capacidades reales de la cognición del niño; sólo se hacía comprensible si se aceptaban unos trazados mnésicos de origen filogenético; sin embargo, aportó revelaciones importantes sobre los mecanismos precoces de fantasmización, de introyección y de proyección que se estructuran durante la primera infancia. Los primeros estudios psicoanalíticos precoces han sido, fundamentalmente, los de Mélanie Klein y los de sus colaboradores, pero se han desarrollado en todas las escuelas psicoanalíticas; así, se leerá con interés el trabajo de R. Diatkine y J. Simon (1972) y el de J. Bolland y J. Sandler (1973).

Los estudios psicoanalíticos del niño son aportaciones importantes: no constituyen toda la psicología del desarrollo, pero no podría existir el estudio ontogénico del niño sin tener en cuenta el psicoanálisis.

Durante tiempo los psicoanalistas han desconfiado tanto de los métodos experimentales utilizados por la psicología clásica como de los métodos objetivos de estudios del comportamiento. No obstante, subrayemos, entre los autores clásicos, la utilización de métodos objetivos hecha por Mélanie Klein y por Anna Freud.

Aún existen dificultades para la interacción constructiva entre el psicoanálisis y la teoría del desarrollo. Los psicoanalistas que estudian el desarrollo, como dice S. K. Escalona, siguen varias vías. Algunos se han convertido en experimentalistas al dirigir sus investigaciones de una manera que no se diferencia de la de los psicobiólogos. Otros han intentado traducir conceptos psicoanalistas abstractos a términos conductuales centrados fundamentalmente en la relación madre-hijo; estas investigaciones han demostrado las consecuencias destructivas de las carencias precoces (institucionalización, separación de la madre); las investigaciones sobre los cambios regulares en el comportamiento y las capacidades de los lactantes, menos inten-

samente conocidas y tan importantes, reflejan unas etapas del desarrollo tales como la separación entre el Sí mismo y el entorno, el desarrollo de una relación con otro ser humano, la aparición del comportamiento volitivo, y con éste la de funciones de anticipación, de memoria y de lucha hacia un objetivo.

Son estos últimos trabajos (M. Kris; S. K. Escalona; M. David y G. Appel; P. H. Wolff; M. D. S. Ainsworth) los que alimentan la esperanza de llegar a una mejor comprensión del proceso de desarrollo del niño, de las interrelaciones niño-entorno y de la génesis de las diferencias individuales.

Para S. K. Escalona, los factores del entorno y los orgánicos se combinan esquemáticamente para producir acontecimientos de comportamiento reales que caracterizan la "experiencia" precoz de la cual dependerá la evolución; la "experiencia" o *pattern de experiencia* son las sensaciones, el "sentido" corporal y los estados afectivos que el niño siente y la forma en que las fluctuaciones o tomas de conciencia se ligan a las informaciones aferentes perceptivas. La variable experiencia es por definición altamente subjetiva; la experiencia y los *patterns de experiencia* no deben ser nunca evaluados directamente, deben ser deducidos.

Como indica M. D. S. Ainsworth, durante la última o las dos últimas décadas, la investigación sobre los efectos de la experiencia precoz sobre el desarrollo ulterior de la personalidad se ha desplazado de la preocupación por la hipótesis de la fijación a un examen de la interacción madre-lactante. Esto también significa que hay continuidad del desarrollo desde la primera infancia hasta años posteriores y que los *patterns* de reacción establecidos durante la primera infancia pueden influenciar profundamente el desarrollo ulterior. No obstante, ha tenido lugar un sutil desplazamiento de la hipótesis de que una estructura de personalidad inalterable se hace a través de la experiencia en los primeros años, a la hipótesis de que unas estructuras neonatales, neurofisiológicas y de la conducta, se transforman por los primeros intercambios del lactante con su entorno y por el sesgo de sus percepciones y *pattern* de acción, de tal manera que responden a unas situaciones subsiguientes, (como mínimo inicialmente,) a la luz de su experiencia anterior. Aunque se suponga que estas estructuras interiores sean más o menos modificables por la experiencia, se considera que la experiencia misma, está influenciada por esta estructura interior. Por consiguiente, no se puede considerar cierto ni que la estructuración precoz es el único determinante ni el más importante de las evoluciones ulteriores, ni que su influencia está atenuada por transformaciones ulteriores que la harían despreciable.

Es durante el transcurso de la evolución de la realización funcional cuando las "unidades-sistemas" emergiendo de una totalidad encuentran en la realización su confirmación y dan a estos sistemas, a través de catarsis sucesivas, una cierta autonomía dentro del marco de una totalidad en evolución. Es evidente que no es el sistema anatómico el investido, sino las realizaciones que tienen lugar a través del sistema dentro del marco del placer o del displacer funcional.

La organización de estos sistemas funcionales sólo puede hacerse a partir de los investimentos primarios, biológicamente indispensables, y por una plasticidad ulterior de los investimentos y desinvestimientos. La valoración exagerada de ciertos investimentos puede hacerse a expensas de la coherencia de una organización global. Esto puede depender tanto del potencial biológico del niño como de la actitud de la madre.

*
* *

El desarrollo infantil posee una historia propia; él mismo es una historia, la suya propia, que se desenvuelve en la historia y área cultural en que ha nacido, que a su vez poseen igualmente sus propias contradicciones. Este ser en evolución tiene unas bases biológicas e históricas, pero lo que él y su familia ofrecen a nuestros análisis son unos estados y maneras de actuar semejantes a una biografía —recuerdos de recuerdos trabados entre sí, con zonas de sombras que pueden ser iluminadas por un análisis profundo—, que nos permiten captar la continuidad de su desarrollo, salvo en el conocimiento de las propias adquisiciones, de ciertas formas generales por las que ha pasado en diversas etapas. Así y todo, nos es posible "construir" una historia que nos permita prever un futuro más o menos aproximado. Sea lo que fuere, las previsiones se basan en el conocimiento de las estructuras y el potencial del presente organizado frente a un pasado, cuyo porvenir se formulará según nuestra experiencia en la dinámica de las organizaciones (grado de libertad o de determinismo).

Al analizar al niño oscilamos entre dos polos: el objetivo y el subjetivo, el de los efectos visibles y el del contenido o de experiencias muchas veces invisibles, las "certidumbres" y las posibles aproximaciones. A veces, confundimos los hechos con "la realidad", y otras consideramos verdadero lo que no es comprobable. En ocasiones confundimos lo que conmueve al niño y lo que representa la experiencia de esa "conmoción". Nos conformamos comprobando el paso de lo pasivo a lo activo, sin tener en cuenta la importancia del proceso como experiencia y la de lo experimentado en la manera cómo se ha ido gestando. Valoramos lo que le viene dado al niño, pero no tenemos en cuenta "cómo" le es dado y las consecuencias que puede tener en un momento dado, sin contar con que el niño vive en un estado permanente de provocación. Sabemos que el niño considera al otro como receptor de mensajes y dador de respuestas, pero sus vivencias pueden nacer en el espacio en que se produce el intercambio. El niño "tiene" y "es" su propia realidad, que en algún modo se identifica con el adulto, una realidad más desarrollada que le es simultáneamente propia y extraña. En la oposición de ambas realidades —teniendo en cuenta que en parte el adulto ha podido hacer una regresión infantil—, gracias a los fantasmas que le preservan y al poder de fascinación, el niño llegará a asimilar la realidad del otro. No puede emitirse un juicio válido sobre el desarrollo de la vida consciente o inconsciente del niño, sino bajo ciertas tonalidades intransmisibles y a través del espejo de la propia melodía. Nuestras palabras al exponer la vida infantil clarifican y oscurecen, pues sus íntimas emociones las captamos al margen de las palabras: la emoción se percibe en palabras que trascienden las mismas palabras. A lo más que llegamos es a una aproximación: deberíamos llegar a profundizar al máximo la dinámica de las vivencias, viviendo hasta sus últimas consecuencias la alineación o la libertad ilimitada para poder captar un mosaico de luces y sombras, llenas de misterios y contradicciones. Si a veces creemos poder adivinar lo que oculta el niño, o sus más íntimas palpitaciones, es transmutando las vivencias, cosa poco clara para el mismo niño, mediante un mecanismo de reducción. Por otra parte, al no tener en cuenta lo que se pierde en la transmisión y el porqué se pierde, podemos soslayar lo más esencial. Lo que nos parece claro, a veces, es nuestra propia razón que lo ilumina, pero le hace perder su propia sustancia. Mediante ciertos esquemas reductores llegamos a exponer sistemas lógicos y coherentes; podemos establecer una lógica del desarrollo infantil que nos satisfaga y responda a leyes válidas —cosa perfectamente válida en el camino del conocimiento—, pero a lo que se opone cierta lógica inconsciente semejante a un cristal en el que es difícil ver las sombras. Con el afán de liberarse de la satisfacción que nos proporciona una cierta lógica interna, hay quien introduce fórmulas nada lógicas ni coherentes, en las que la imaginación pertenece al expositor y no a quien vive imaginativamente su propia realidad. La comunicación

de dichas vivencias adquiere en ocasiones cierta racionalidad, la de un atomista, pero menos consistente. Al exponer el contenido en una explicación de carácter general, quitamos al contenido su sentido personal. Ciertas exposiciones de la vida inconsciente o de tempranas fantasmaticaciones de características genéricas hacen perder a lo experimentado el valor de hallazgo personal. Existe el peligro de considerar el modo de organización infantil analógicamente aceptando como verdades el "como si" que posee las características de una verdad general, siendo así que, por un mecanismo de transmutación, los seres se transforman en otros diferentes de lo que realmente son o han sido.

Como señala M. Merleau Ponty, es una gran verdad que "la ciencia manipula las cosas y renuncia a habitarlas", pero no es menos verdad que no basta con remplazar lo que "es" con "lo que es visto" por nosotros desde nuestra propia extrapolación, renunciando a estudiar los puntos de referencia del habitáculo.

Lo que hace falta es interpretar los hechos observados, y ese es el punto difícil. Desgraciadamente no es fácil ser imparcial cuando nos enfrentamos a los hechos más trascendentales, a los grandes problemas de la ciencia y de la vida. Creo que, en este caso, todos estamos influidos por preferencias con raíces muy profundas y que, sin lugar a dudas, dirigen e inspiran las distintas formas de abordarlos. Como dice Heimann, la interpretación lleva implícita una especulación que, naturalmente, podemos poner en duda. La ciencia no puede avanzar por la simple recolección del material observable. Si jamás salimos del terreno de los hechos, abandonaremos el proceso constitutivo de la ciencia que es dado por la abstracción y la inducción —de la especulación— a descubrir principios, cuya manifestación son los hechos observables. Un psicólogo no analista, Stout, ha dicho: "Siendo la ciencia el campo de la evidencia por encima de lo accesible al sentido común, el trabajador de la ciencia ha de combinar la fría observación y la interpretación imaginativa (...). La imaginación podrá desvariar si se aparta excesivamente de los hechos observados, pero tales desvarios imaginativos no son más estériles que la mecánica anotación de los hechos, sin actuación de la imaginación en los datos obtenidos."

Creemos encontrarnos ante una fórmula válida en la que ni los hechos ni la imaginación son fenómenos contradictorios, pero el investigador ha de cuidar que su imaginación no se desboque y que la objetividad no se convierta en algo puramente formal, en materia muerta, sin afán de superación. Tanto clínico como teórico, D. Winnicott, en su obra, nos enseña el camino.

BIBLIOGRAFÍA

Además de los trabajos de los autores citados en este capítulo, indicamos algunas obras cuya lectura es útil para mejor comprensión de los problemas generales del desarrollo del niño.

Agrawal, H. C., y Himwich, W. A. — Amino acids, proteins and monoamines of developing brain, 287-310. En: *Developmental neurobiology*, 1970.

Agrawal, H. C., Prenskey, A. L., Fishman, M. A., y Burton, R. M. — Amino acids and myelin proteins. En: *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, París, 1972.

Ahrens, R. — Beitrag zur Entwicklung des Physiognomie und Mimikerkennes. *Z. Angew. Psychol.*, 1954, 2, 412-454, 599-633.

Ainsworth, M. D. S. — Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of infant-mother relationship. *Child Developm.*, 1969, 40, 969-1025.

Ainsworth, M. D. S., y Bell, S. M. — Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation, 133-170. En: *Stimulation in early infancy*; Ambrose, A., ed.; Academic Press, Londres, 1969.

Ajuriaguerra, J. de. — Interrelations entre le développement neurologique, la maturation et les structures et fonctions cérébrales. En

Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain, París, 1972.

Ajuriaguerra, J. de. — L'inné et l'acquis dans le développement de l'enfant. *Psychiat. Enfant*.

Ajuriaguerra, J. de, Diatkine, R., y García-Badaraco. — Psychanalyse et neurobiologie. En *La psychanalyse d'aujourd'hui*, tomo II, P.U.F., París, 1956, 437-498.

Ajuriaguerra, J. de, Harrison, A., y Lezine, I. — Étude sur quelques aspects de la réactivité émotionnelle dans la première année: "Réactions aux stimuli épidermiques par voie aérienne (souffle)". *Psychiat. Enfant*, 1967, 10, 2, 293-380.

Allen, M., Pollin, W., y Hoffer, A. — Parental, birth and infancy factors in infant twin development. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 127, 12, 1597-1604.

Altman, J. — Postnatal neurogenesis and the problem of neural plasticity, 197-237. En *Developmental neuro-biology*, 1970.

Altman, J. — Nutritional deprivation and neural development. En *Brain development and behavior*, 1971, 359-367.

Ambrose, J. A. — Development of the smiling response in early infancy. En *Determinants of infant behaviour*, tomo I. Foss (B. M.), ed. Methuen and Co., Londres, 1961, 179-201.

Ambrose, J. A. — The concept of a critical period for the development of social responsiveness. En *Determinants of infant behaviour*, tomo II. Foss (B. M.), ed., Methuen, Londres, 1963, 201-225.

Ambrose, J. A. — Comparative approach to early child development. The data of ethology. En *Foundations of child psychiatry*. Miller, E., ed. Pergamon Press, Oxford, 1968, 183-232.

Ambrose, A., ed. — *Stimulation in early infancy*. Academic Press, Londres, 1969.

André-Thomas, y Saint-Anne-Dargassies, S. — *Études neurologiques sur le nouveau né et le jeune nourrisson*, Masson et C^{ie}, París, 1952.

Anokhin, P. K. — Systemogenesis as a general regulator of brain development. *Progress in brain research*, Amsterdam, 1964, 9, 54-86.

Balint, M. — *Le défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*. Payot, París, 1971.

Bateson, P. P. G. — Imprinting, 369-387. En *The ontogeny of vertebrate behavior*; Moltz, H., ed.; Academic Press, Nueva York, Londres, 1971.

Benedek, T. — Parenthood as a development phase: A contribution to the libidotheory. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1959, 7, 389-417.

Bergeron, M. — *Psychologie du premier âge*. 3.^a édit., P.U.F., París, 1966.

Bergman, P., y Escalona, S. K. — Unusual sensitivities in very young children. *Psychoanal. study child.*, 1949, 3/4, 333-352.

Berque, J. — La diversité. En *La sociologie*; Devignaud, J. (bajo la dir. de); Denoël, París, 1972, 139-152.

Bettelheim, B. — *La forteresse vide*. Gallimard, París, 1969.

Birch, H. G. — Levels, categories and methodological assumptions in the study of behavioral development. En *The biopsychology of development*, 1971, 503-513.

Bolland, J., y Sandler, J. — *Psychanalyse d'un enfant de deux ans. Le fil rouge*, P.U.F., 1973.

Bowlby, J. — Separation anxiety: A critical review of the literature. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1961, 1, 251-269. Trad. franç.: *Psychiat. Enfant*, 1962, 5/1, 317-338.

Bowlby, J. — *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. Hogarth Press, Londres, 1969.

Bridges, K. M. B. — *The social and emotional development of the preschool child*, Kegan, Londres, 1931.

Brody, S. — *Patterns of mothering*. Int. Univ. Press. Nueva York, 1956.

Brody, S. y Axelrad, S. — Anxiety, socialization, and ego formation in infancy. *Int. J. Psychoanal.*, 1966, 47/2-3, 218-229.

Cahn, R. — Psychanalyse et hérité. *Evolut. psychiat.*, 1969, 34, 691-717.

Carmichael, L. — Ontogenetic development, 281-303. En *Handbook of experimental psychology*; Stevens, S. S., dir.; J. Wiley, Nueva York, 1958.

Casler, L. — Maternal deprivation: a critical review of the literature. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 1961, 26, 1-64.

Chess, S. — The role of temperament in the child's development. *Acta Paedopsychiat.*, 1967, 34, 91-103.

Chomsky, N. — *Le langage et la pensée*. Payot, París, 1970.

Cohen, D. J., Allen, M. G., Pollin, W., Inoff, G., Werner, M., y Bibble, E. — Personality development in twins. Competence in the new-born and preschool period. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1972, 11, 4, 625-644.

- Collomb, H., y Valantin, S. — Famille africaine (Afrique noire), 325-349. En *L'enfant dans la famille*; Anthony, E. J., y Koupemik, C., dirs.; Masson et C^{ie}, 1970.
- Cramer, B. — Sex differences in early childhood. *Child Psychiatry and Human Development*, 1971, 1, 3, 133-151.
- David, M., y Appell, G. — La relation mère-enfant. Étude de cinq "Pattern" d'interaction entre mère et enfant à l'âge d'un an. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9, 445-531.
- Delost, P. — Fetal endocrinology and the effect of hormones on development. En *The biopsychology of development*, 1971, 195-231.
- Diatkine, R., y Simon, J. — *La psychanalyse précoce*. P.U.F., Paris, 1972.
- Dobzhansky, T. — Introduction. En *Science and the concept of race*; Mead, M., Dobzhansky, T., Tobach, E., y Light, E. R., dirs.; Columbia Univ. Press, Nueva York 1969, 77-79.
- Dreyfus-Brisac, C. — The bioelectrical development of the central nervous system during early life, 286-305. En *Human development*, 1966.
- Dreyfus-Brisac, C. — Sleep ontogenesis in early human prematurity from 24 to 27 weeks of conceptional age. *Develop. Psychobiol.*, 1968, 1, 3, 162-169.
- Dreyfus-Brisac, C. — Ontogenesis of sleep in human prematures after 32 weeks of conceptional age. *Develop. Psychobiol.*, 1970, 3, 2, 91-121.
- Dreyfus-Brisac, C., y Blanc, C. — Electroencephalogramme et maturation cérébrale. *Encéphale*, 1956, 45, 205-241.
- Duyckaerts, F. — L'objet d'attachement: médiateur entre l'enfant et le milieu. En *Milieu et développement*; P.U.F., Paris, 1972, 219-245.
- Duyckaerts, F., Hindley, C. B., Lezine, I., Reuchlin, M., y Zemleni, A. — Milieu et développement. *Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française*, P.U.F., 1972.
- Eisenberg, L. — Persistent problems in the study of the biopsychology of development. En *The biopsychology of development*; Tobach, E., y cols., eds., 1971, 515-529.
- Elkonine, D. B. — Physiologie de l'activité nerveuse supérieure et psychologie de l'enfant. *Questions scientifiques*, 1955, 6, 25-56. Edit. de la Nouvelle Critique, Paris.
- Ellingson, R. J., y Rose, G. H. — Ontogenesis of the electroencephalogram. En *Developmental neurobiology*, 1970, 441-474.
- Engel, G. L. — Attachment behaviour, object relations and the dynamic-economic points of view. Critical review of Bowlby's Attachment and loss. *Int. J. Psychoanal.*, 1971, 52, 183-196.
- Escalona, S. K. — The impact of psychoanalysis upon child psychiatry. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1958, 126, 429-440.
- Escalona, S. K. — Patterns of infantile experience and the developmental process. *Psychoanal. study child*, 1963, 18, 197-244.
- Escalona, S. K. — *The roots of individuality*. Aldine Publ. Co, Chicago, 1968.
- Eysenck, H. J. — Théorie de l'apprentissage et behaviour therapy. En *Conditionnement et névroses*. Travaux réunis par H. J. Eysenck. Gauthier-Villars, Paris, 1962, 5-26.
- Fairbairn, W. R. D. — A critical evaluation of certain basic psycho-analytical conceptions. *Brit. J. Phil. Sci.*, 1956, 7, 49-60.
- Farkas-Bargeton, E. — Étude histoenzymologique de la maturation du métabolisme énergétique dans le néo-cortex. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Fordham, M. — Contribution à une théorie de l'autisme infantile. *Psychiat. Enfant*, 1965, 8/1, 135-161.
- Foss, B. M., édité. — *Determinants of infant behaviour*, vol. II, Methuen, Londres, 1963.
- Freud, A. — Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanal. Study Child*, 1960, 15, 53-62.
- Gesell, A. — Ontogenèse du comportement de l'enfant. En *Manuel de psychologie de l'enfant*, Carmichael, P.U.F., Paris, 1952.
- Gesell, A., y Amatruda, C. S. — *Development Diagnosis. Normal and abnormal child development methods and pediatric application*, 496 p. P. B. Hoeber, Nueva York, 1947.
- Gesell, A., y Amatruda, C. S. — *L'embryologie du comportement*. P.U.F., Paris, 1953.
- Gesell, A., y Ilg, F. L. — *L'enfant de 5 à 10 ans*. P.U.F., Paris, 1949.
- Gesell, A., y Ilg, F. L. — *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*. P.U.F., Paris, 1961.
- Gifford, S., Murawski, B. J., Brazelton, T. B., y Young, G. C. — Differences in individual development within a pair of identical twins. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1966, 47, 261-268.

- Gillespie, W. H. — The psychoanalytic theory of child development, 51-69. En *Foundations of child psychiatry*. Miller, E., ed., Pergamon Press. Oxford, Nueva York, 1968.
- Ginsberg, B. E. — Genetics as a tool in the study of behaviour. *Perspectives Biol. Med.*, 1958, 1, 397-424.
- Goodenough, F. L. — The expression of the emotions in infancy. *Child Developm.*, 1931, 2, 96-102.
- Gottlieb, G. — Ontogenesis of sensory function in birds and mammals. In *The biopsychology of development*, 1971, 67-128.
- Gouin-Decarie, Th. — *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1962.
- Green, A. — La diachronie dans le freudisme. *Critique*, 1967, 23, 238, 359.
- Greenacre, P. — Early physical determinants in the development of the sense of identity. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 1958, 6, 612-627.
- Griffiths, R. — The psycho-diagnostic approach to problems of the very young. En *Foundations of child psychiatry*. Miller, E., ed. Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1968, 125-149.
- Gwyne, H. J. — Behaviour therapy and conditioning, 643-669; En *Foundations of child psychiatry*. Miller, F., ed. Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1968.
- Harlow, H. F., y Harlow, M. K. — The effects of early social deprivation on primates. En *Désafférentation expérimentale et clinique. Symposium Bel-Air II*, 1964. Masson et C^{ie}, ed., Paris, Georg, Genève, 1965.
- Harris, D. B. — The development of human behavior: theoretical considerations for future research. En *The biopsychology of development*; Tobach, E., Aronson, L. R., y Shaw, E., eds; Academic Press, Nueva York, 1971, 473-502.
- Hartmann, H. — Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Int. Z. Psch.*, 1939, 24, 62-135. Trad. franc. P.U.F., Paris, 1968. Trad. española: La psicología del yo y el problema de la adaptación. Méjico, D. F. Cesarman (1960).
- Haynal, A., y Schappi, R. — L'instinct, la relation d'objet et les débuts de la vie humaine (A propos des livres de M. Mahler et J. Bowlby). *Revue critique. Psychiat. Enfant*, 1970, 13, 607-649.
- Heimann, P. — In Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., y Rivière, J. — *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966.
- Himwich, W. A. — Biochemical processes of nervous system development. En *The biopsychology of development*, 1971, 183-193.
- Hinde, R. A. — Sensitive periods and the development of behaviour. En *Lessons from animal behaviour for the clinician*; Barrett, S. A., ed.; Heinemann, Londres, 1962, 25-36.
- Hinde, R. A. — *Animal behaviour: a synthesis of ethology and comparative psychology*. Mc Graw-Hill, Nueva York, 2.^a ed., 1970.
- Hinde, R. A. — Some problems in the study of the development of social behavior. En *The biopsychology of development*, 1971, 411-432.
- Hinde, R. A., y Stevenson, J. G. — Les motivations animales et humaines. *La Recherche*, 1971, 12, 2, 443-456.
- Hindley, C. B. — Learning theory and personality development. En *Psychosomatic aspects of paediatrics*; McKeith, R., Sandler, J., eds., Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1961, 71-102.
- Hindley, C. B. — L'influence du développement physique sur le développement psychologique. En *Milieu et développement*; P.U.F., Paris, 1972, 9-61.
- Humphrey, T. — Some correlations between the appearance of human fetal reflexes and the development of the nervous system. *Prog. Brain Res.*, 1964, 4, 93-135.
- Humphrey, T. — Postnatal repetition of human prenatal activity sequences with some suggestions of their neuroanatomical basis. En *Brain and early behavior*, 1969, 34-84.
- Illingworth, R. S. — *The development of the infant and young child, normal and abnormal*. Livingstone, Edimburgo y Londres, 1963.
- Inhelder, B., Sinclair, H., y Bovet, M. — *Les structures de la connaissance. Apprentissage et développement*. P.U.F., Paris.
- Inhelder, B., Lexine, I., Sinclair de Zwart, H., y Stambak, M. — Les débuts de la fonction sémiotique. En *Modèles animaux du comportement humain*; bajo la dir. de R. Chauvin; ed. del C.N.R.S., 1972, 133-147.
- Irwin, O. — The activities of newborn infants. En *Child behavior and development*. Edit. por R. G. Barker, J. S. Kounin y H. F. Wright, Publ. Mac Graw-Hill Book and Co., Nueva York, 1943.
- Isaacs, S. — The nature and function of fantasy. *Int. J. Psychoanal.*, 1948, 29, 2, 73-97.
- Jacob, F. — *La logique du vivant*. Gallimard, Paris, 1970.

- Jeannerod, M. — Les mouvements du fœtus pendant le sommeil de la mère. *C. R. Soc. Biol.*, 1969, 163, 1843.
- Joffe, W. G., y Sandler, J. — Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanalytic study child*, 1965, 20, Trad. franc. *Psychiat. Enfant*, 1967, 10/1, 123-156.
- Kahle, W. — *Die Entwicklung der menschlichen Grosshirnhemisphäre*. Springer-Verlag, Berlin. Heidelberg, Nueva York, 1969.
- Kappers, C. V. A. — *The comparative anatomy of the nervous system of vertebrates including man*. Hafner, Nueva York, 1960.
- Karli, P. — Neurophysiologie des motivations. *Rev. Psychol.*, Sciences Ed., 1970, 5/4, 395-426.
- Kestenberg, E., y Kestenberg, J. — *Contribution à la psychanalyse génétique*. P.U.F., Paris, 1965.
- Kleitman, N. — *Sleep and wakefulness*; 2^a ed. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1963.
- Koupernik, C., y Dailly, R. — *Développement neuro-psychique du nourrisson*. P.U.F., Paris, 1968.
- Krasnogorski, N. I. — *El cerebro infantil*. Editorial Pique, Buenos Aires, 1953.
- Krasnogorski, N. I. — Particularités typologiques de l'activité nerveuse supérieure des enfants. *Questions scientifiques*, 1955, 6, 153-167. Ed. de la Nouvelle Critique, Paris.
- Kreisler, L., Fain, M., y Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant à propos des troubles fonctionnels du nourrisson: coliques idiopathiques du premier trimestre, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissement. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9/1, 89-222.
- Kretchmer, N., y Hoogenraad, N. J. — Mammalian pyrimidine biosynthesis and cellular proliferation. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris 1972.
- Kris, M. — The use of prediction in a longitudinal study. *Psychoanal. Study Child*, 1957, 12.
- Lagache, D., Montmollin, G. de, Pichot, P., y Yela, M. — Les modèles de la personnalité en psychologie. *Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue française*, Lieja, 1964. P.U.F., Paris 1965.
- Langworthy, O. — Development of behavior patterns and myelination of the nervous system in the human fetus and infant. *Contr. Embryol. Carneg. Instrn.*, 1933, 139, 1-57.
- Larroche, J. C. — Quelques aspects anatomiques du développement cérébral. *Biol. Neonat.*, 1962, 4, 126-153.
- Larroche, J. C. — The development of the central nervous system during intrauterine life. En *Human development*, 1966, 257-277.
- La Velle, A., y La Velle, F. W. — Cytodifferentiation in the neuron. En *Developmental neurobiology*, 1970, 117-164.
- Lebovici, S. — La relation objectale chez l'enfant. *Psychiat. Enfant.*, 1961, 3, 147-226.
- Lebovici, S. — Quelques réflexions à propos de l'abord écologique en psychiatrie infantile. *Psychiat. Enfant*, 1964, 7, 199-268.
- Lebovici, S., Ajuriaguerra, J. de, y Diatkine, R. — A propos de l'observation chez le jeune enfant. *Psychiat. Enfant*, 1959, 1/2, 437-474.
- Le Ny, J. F. — *Le conditionnement et l'apprentissage*. 4.^a ed. P.U.F., Paris, 1972.
- Leontiev, A. N. — Réflexes conditionnés, apprentissage et conscience. En *Le conditionnement et l'apprentissage, symposium de l'A.P.S.L.F.*, Estraburgo, 1956. P.U.F., Paris, 1958.
- Leroy-Conel, J. — The post-natal development of the human cortex. En *The cortex of newborn*, vol. 1-6. Harvard Univ. Press, Cambridge (Mass.), 1939-1960.
- Lesch, P. — Glycerophosphatides and fatty acids of the immature human brain. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Lézine, I. — Les débuts de la fonction sémiotique chez l'enfant. *La Recherche*, 1971, 15, 2, 726-732.
- Lézine, I. — Influence du milieu sur le jeune enfant, 260-307. En *Milieu et développement*, P.U.F., Paris, 1972.
- Lézine, I., y Stambak, M. — Quelques problèmes d'adaptation du jeune enfant en fonction du type moteur et du régime éducatif. *Enfance*, 1959, 2, 95-115.
- Lézine, I., y Brunet, O. — *Le développement psychologique de la première enfance*. P.U.F., Paris, 1965.
- Lorenz, K. — *Studies in animal and human behavior*, vol. 1 Methuen, Londres, 1970.
- Mc Graw, M. B. — *The neuromuscular maturation of the human infant*. Columbia University Press, Nueva York, 1943.
- Mc Graw, M. B. — Maturation et comportement. En *L. Carmichael, Manuel de psychologie de l'enfant*, vol. I, 1946, 528-584. Trad. franc. P.U.F., Paris, 1952.

- Malrieu, Ph. — *Les émotions et la personnalité de l'enfant*. Paris, 1952.
- Marler, P., Hamilton, W. J. — *Mechanisms of animal behavior*. Wiley, Nueva York, 1966.
- Marty, R., y Scherrer, J. — Critères de maturation des systèmes afférents corticaux. *Prog. Brain Res.*, 1964, 4, 22-236.
- Matte-Blanco, I. — Book reviews. Attachment and loss, by John Bowlby. *Int. J. Psychoanal.*, 1971, 52, 197-199.
- Mead, M. — Family and child development patterns in other cultures. En *Mental health and infant development* (Proceedings of the International Seminar held by the World Federation for Mental Health at Chichester, England, 1952). Ed. por K. Soddy, 1, 163-185. Publ. Rouledge and Kegan Paul, Londres, 1955.
- Mead, M. — Options implicit in developmental styles. En *The biopsychology of development*: Tobach, E., Aronson, L. R., y Shaw, E., dirs., Academic Press, Nueva York, 1971, 533-541.
- Michaux, L., y Lelord, G. — Le conditionnement électroencéphalographique en psychiatrie, 311-320. En Michaux, L., *Psychiatrie*. Flammarion, Paris, 1965.
- Miller, E. dir. — *Foundations of child psychiatry*. Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1968.
- Minkowski, M. — L'élaboration du système nerveux. En *Encyclopédie française*, t. 8. "La vie mentale", Larousse, Paris, 1938, 14-6 à 16-15.
- Monod, J. — *Le hasard et la nécessité*. Seuil, Paris, 1970.
- Montmollin, G. de. — La notion d'interaction et les théories de la personnalité. En *Les modèles de la personnalité en psychologie*. P.U.F., Paris, 1965, 5-37.
- Moore, T. — The place of longitudinal research in the study of child development. En *Foundations of child psychiatry*. Miller, E., ed. Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1968, 151-182.
- Mounoud, P. — *Structuration de l'instrument chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1970.
- Mounoud, P. — Développement des systèmes de représentation et de traitement chez l'enfant. *Bull. Psychol.*, 1971-1972, 296, 25, 5-7, 261-272.
- Mussen, P. H., éd. — *Handbook of research methods in child development*. John Wiley and Sons, Inc., Nueva York-Londres, 1960.
- Netchine, S. — *L'activité électrique cérébrale chez l'enfant normal de 6 à 10 ans*. P.U.F., Paris, 1969.
- Nuttin, J. — Origine et développement des motifs. En *La motivation*. P.U.F., Paris, 1959, 95-143.
- O'Brien, J. S. — Lipids and myelination. En *Developmental neurobiology*, 1970, 262-286.
- Osterrieth, P., Piaget, J., Saussure, R. de, Tanner, J. M., Wallon, H., y Zazzo, R. — Le problème des stades en psychologie de l'enfant (*Symposium de l'Association de psychologie scientifique de Langue française*, 1955). P.U.F., Paris, 1956.
- Padilla, S. G. — Further studies on the delayed pecking of chicks. *J. Comp. Psychol.*, 1935, 20, 413-433.
- Parmelee, A. H. — Sleep patterns in infants. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Parmelee, A. H., Schulte, F. J., Akiyama, Y., Wenner, W. H., Schultz, M. A., y Stern, E. — Maturation of EEG activity during sleep in premature infants. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1968, 24, 319-329.
- Piaget, J. — *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1937.
- Piaget, J. — *La psychologie de l'intelligence*. A. Colin, Paris, 1947.
- Piaget, J. — *Biologie et connaissance*. Gallimard, Paris, 1967.
- Piaget, J. — Inconscient affectif et inconscient cognitif. *Raison présente*, 1971, 19, 11-20.
- Piaget, J. — Hasard et dialectique en épistémologie génétique. *Sciences*, 1971-1972, 71, 29-36.
- Piaget, J. y cols. — Intelligence et adaptation biologique. En *Les processus d'adaptation*, pág. 65-81; *Symposium de l'Association de Psychologie scientifique de Langue française*. P.U.F., Paris, 1967.
- Piaget, J., e Inhelder, B. — The gaps in empiricism. En *Beyond reductionism*; Koestler, A., y Smythies, J. R., eds., The Macmillan Company, Nueva York, 1969, 118-160.
- Prechtl, H. F. R. — The problems for study. En *Brain and early behaviour*, 1969, 3-12.
- Prechtl, H. F. R., y Beintema, D. — *The neurological examination of the full-term new-born infant*. W. Heinemann, 1964.
- Purpura, D. P. — Synaptogenesis in mammalian cortex. Problems and perspectives. En *Brain development and behavior*, 1971, 23-41.

- Rabinowicz, Th. — Techniques for the establishment of an atlas of the cerebral cortex of the premature. En *Regional development of the brain*, 1967, 71-89.
- Rabinowicz, Th. — Quantitative appraisal of the cerebral cortex of the premature infant of 8 months. En *Regional development of the brain*, 1967, 91-125.
- Rabinowicz, Th. — L'importance des recherches morphologiques dans la déficience mentale. *Pages romandes*, A.S.A., 1972, 11.
- Rabinowicz, Th. — Maturation de l'écorce cérébrale. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Recamier, P. C. — Propos sur la réalité dans la théorie psychanalytique. *Rev. franç. Psychanalyse*, 1962, 26/6, 675-710.
- Reuchlin, M. — Les facteurs socio-économiques du développement cognitif. En *Milieu et développement*, P.U.F., Paris, 1972, 69-136.
- Rey, A. — *Études des insuffisances psychologiques*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris, 1947.
- Ribble, M. — The rights of infant. 1943. Trad. franc. *Que veulent donc nos nourrissons?* Aubier, Paris, 1956.
- Richelle, M. — *Le conditionnement opérant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1966.
- Riesen, A. H. — Problems in correlating behavioral and physiological development. En *Brain development and behavior*, 1971, 59-70.
- Rof Carballo, J. — *Biología y psicoanálisis*. Desclee de Brouwer, Bilbao, 1972.
- Rose, G. H., y Ellingson, R. J. — Ontogenesis of evoked potentials. En *Developmental neurobiology*, 1970, 393-440.
- Rosen, M. G. — Developmental fetal EEG studies in the Guinea Pig, with comments on the sheep and human fetus. En *Brain development and behavior*, 1971, 185-202.
- Rosen, M. G., y Scibetta, J. J. — The human fetal electroencephalogram. I. An electrode for continuous recording during labor. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1969, 104, 1057.
- Rosenzweig, M. R. — Effects of environment on development of brain and of behaviour. En *The biopsychology of development*, 1971, 303-342.
- Ruckebusch, Y. — Development of sleep and wakefulness in the foetal lamb. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1972, 32, 119-128.
- Saint-Anne Dargassies, S. — Neurological maturation of the premature infant of 28 to 41 weeks gestational age. En *Human development*, 1966, 306-325.
- Sander, L. W. — Issues in early mother-child interaction. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1962, 1, 141-166.
- Sandler, J., y Joffe, W. G. — Towards a basic psychoanalytic model. *Int. J. Psychoanal.*, 1969, 50, 79-94.
- Sandler, J., y Joffe, W. G. — Discussion of "Towards a basic psychoanalytic model". *Int. J. Psychoanal.*, 1970, 51, 183-193.
- Schaffer, H. R. — Some issues for research in study of attachment behaviour. En *Determinants of infant behavior II*, Publ. Edit. por B. M. Foss, Methuen, Londres, 1963, 179-199.
- Schaffer, H. R. — En Biological functions of infant-mother attachment behaviour, general discussion. En *Stimulation in early infancy*; Ambrose, A., dir., 1969, 191-201.
- Schapiro, S. — Hormonal and environmental influences on rat brain development and behavior. En *Brain development and behavior*, 1971, 307-332.
- Scherrer, J. — Étude électrophysiologique du développement cérébral au cours de l'ontogénèse. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Scherrer, J., Verley, R., y Garma, L. — A review of French studies in the ontogenetic field. En *Developmental neurobiology*, 1970.
- Schulte, F. J. — The development of nerve conduction. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Schur, M. — *The id and the regulatory principles of mental functioning*. Intern. Univ. Press, Nueva York, 1966.
- Scott, J. P. — Critical periods in behavioral development. *Science*, 1962, 138, 949-958.
- Scott, J. P., Charles, M. S. — Some problems of heredity and social behavior. *J. Gen. Psychol.*, 1953, 48, 209-230.
- Shirley, H. F. — *Pediatric psychiatry*. Parte 1: Basic concepts in personality development and child guidance, 1-206. Parte 2: Personality development and well-child case, 207-420. Harvard University Press, Cambridge, Mass., U.S.A., 1963.
- Shooter, E. M. — Growth and differentiation of neurons. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.

- Simmons, J. E., Ottinger, D., y Haugh, E. — Maternal variables and neonate behavior. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 174-183.
- Skinner, B. F. — *L'analyse expérimentale du comportement*. Ch. Dessart, Bruselas, 1971.
- Sluckin, W. — *Imprinting and early learning*. Methuen, Londres, 1964.
- Soulé, M. — 97-107. En Discussion de: Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9, 89-222.
- Spitz, R. A. — Genèse des premières relations objectales. *Rev. franç. Psychanal.*, 1954, 18, 479-575.
- Spitz, R. — *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*, 1957. Trad. franc. de A.-M. Rocheblave-Spenlé. P.U.F., Paris, 1962.
- Spitz, R. A. — Autoeroticism reexamined. *Psychoanalytic Study Child*, 1962, 17, 283-315.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.
- Spitz, R. A. — Implications métapsychologiques de mes recherches sur les données du développement infantile. *Rev. fr. Psychanal.*, 1966, 30/5-6, 535-564.
- Sterman, M. B., y Hoppenbrouwers, T. — The development of sleep-waking and reactivity patterns from fetus to adult in man. En *Brain development and behavior*, 1971, 203-227.
- Stoller, R. J. — Overview; the impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory. *Amer. J. Psychiat.*, 1973, 130, 3, 241-251.
- Stout, G. F. — *The groundwork of psychology*. Kegan Paul, 1920.
- Svennerholm, L. — Sphingolipid changes during development. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Szasz, Th. S. — *Pain and Pleasure. A study of bodily feeling*. Basic Books, Nueva York, 1957.
- Tanner, J. M., e Inhelder, B., edit. — Discussions on child development. The proceedings of four meetings of the World Health Organization study group on the psychobiological development of the child, Ginebra, 1953, 1954, 1955, 1956, 4 vols. Tavistock Publications, Londres.
- Tennyson, V. M. — The fine structure of the developing nervous system. En *Developmental neurobiology*, 1970, 47-116.
- Thomas, A. y cols. — *Behavioral individuality in early childhood*. University Press, Nueva York, 1963.
- Thorndike, E. L. — *The psychology of learning*. Vol. 2. Teachers College, Nueva York, 1921.
- Verley, R. — Essai sur les critères électrophysiologiques qui permettraient de comparer entre elles les évolutions de diverses espèces. En *Colloque international sur le développement pré et post-natal du cerveau humain*, Paris, 1972.
- Verley, R., Garma, L., y Scherrer, J. — Conceptions récentes sur le développement du système nerveux des mammifères. *Ann. psychol.*, 1969, 69, 455-489.
- Vygotski, L. S. — *Thought and language*. M.I.T. Press, Cambridge, U.S.A., 1962.
- Waddington, C. H. — Concepts of development. En *The biopsychology of development*, 1971, 17-23.
- Wallon, H. — *L'évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin, ed., Paris, 1941.
- Watson, J. B. — Psychology as the behaviorist views it. *Psychol. Rev.*, 1913, 20, 158-177.
- Watson, J. B. — *Behavior: an introduction to comparative psychology*. Holt, Nueva York, 1914.
- Watson, J. B. — *Le behaviorisme*. CEPL, Paris, 1972.
- Windle, W. F. — *Origin and early development of neural elements in the human brain*. En *The biopsychology of development*, 1971, 129-169.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969.
- Winnicott, D. W. — *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, Paris, 1970.
- Wolff, P. H. — Observations on the early development of smiling, 113-138. En *Determinant of infant behavior*, vol. 2. B. M. Foss, ed. Methuen, Londres, 1963.
- Wolff, P. H. — *The causes, controls and organization of behavior in the neonate*. Psychol. Issues, Monogr. 17, Int. Univ. Press, Nueva York, 1966.
- Wolff, P. H. — La théorie sensori-motrice de l'intelligence et de la psychologie du développement général. En *Psychologie et épistémologie génétiques. Thèmes piagétien*. Dunod, Paris, 1966, 235-250.

- Wolff, P. H. — The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. En *Determinants of infant behaviour*. 4th Tavistock Seminar on mother-interaction, 1965; Foss (B. M.), ed., Methuen, Londres, 1969, 81-109.
- Wolff, P. H. — "Critical periods" in human cognitive development. En *Annual progress in child psychiatry*; Chess, S., Thomas, A., eds.; Brunner/Mazel, Butterworths, Londres, 1971, 155-165.
- Yakovlev, P. I. — *Morphological criteria of growth and maturation of the nervous system in man*. *Mental retardation*, vol. 39, Research Publications, A. R. N. M. D., 1962.
- Zempléni, A. — Milieu africain et développement. En *Milieu et développement*, P.U.F., París, 1972, 151-217.
- *
* *
- Entretiens sur le développement psychobiologique de l'enfant. *Compte rendu du premier Congrès du groupe d'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le développement psycho-biologique de l'enfant*, Genève 1953. Publicado por J. M. Tanner y B. Inhelder. Delachaux et Niestlé, Neuchatel.
- Tavistock Seminar in mother-infant interaction: Determinants of infant behaviour II*. Edit. por B. M. Foss, H. F. Harlow, T. Rowell, H. F. R. Prechtl, M. Ainsworth, P. Wolff, H. Rheingold, H. R. Schaffer, J. A. Ambrose, R. A. Hinde, y J. D. S. Sutherland. Methuen and Co., Londres; J. Wiley and Sons, Inc., Nueva York, 1961.
- Les processus d'adaptation. *Symposium de l'Association de Psychologie scientifique de Langue française*, Marseille, 1965. F. Bresson, Ch. H. Marx, F. Meyer, J. Nuttin, P. A. Osterrieth, y J. Piaget. P.U.F., París, 1967.

CAPÍTULO V

PROBLEMAS GENERALES DE LA DESORGANIZACIÓN PSICOBIOLOGICA DEL NIÑO

No podemos estudiar las enfermedades como simples entidades: no pueden comprenderse sino como disfunciones enmarcadas en determinadas organizaciones.

Las teorías mecanicistas tratan la enfermedad sobre una base parasitaria cuando, en cambio, la hemos de estudiar como el modo de organizarse una personalidad enferma. Se establece su valor patológico en función de un determinado grado de evolución, y no como fenómeno aislado simplemente superpuesto a una organización.

Una manifestación puede ser normal en un determinado nivel y pasar a ser patológica en otro. Más aún: en determinados casos hace falta una organización aparentemente patológica para establecer un equilibrio en la personalidad. Por ejemplo, en ciertos fenómenos psicopatológicos, la aparición de fenómenos regresivos es condición indispensable para la curación.

Para comprender la enfermedad hay que tener en cuenta que viene a insertarse en un proceso evolutivo que a partir de ese instante forma parte integrante de la vivencia individual, con todo lo que ello supone para la constitución de la personalidad. Por eso posee un sentido histórico que no nos puede dar la simple descripción.

Normalmente, el médico llama enfermedad a cuadros clínicos insertos en una nomenclatura que es el resultado de la experiencia adquirida y de la enseñanza transmitida. Vista desde este ángulo, la enfermedad en parte no es el paciente mismo. Esta rigidez tiene por consecuencia separar la enfermedad del enfermo y convertir la enfermedad en un objeto.

El peligro es aún mayor en el campo de la psiquiatría infantil, pues el problema de la enfermedad va estrechamente unido al de la normalidad.

I. — LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

A. — PROBLEMAS DE CARÁCTER GENERAL

Los tratados generales sobre la normalidad, de G. Canguilhem, P. Lain Entralgo, F. Duyckaerts y G. Deshaies, así como los informes de la Conferencia sobre la Conducta Normal (Chicago, 1960), muestran la complejidad del problema. Los diversos pareceres pueden entrar esquemáticamente en cuatro capítulos (Sabshin): normalidad como salud, normalidad como utopía, normalidad como tónica general y normalidad como proceso.

Normal y anormal son ideas contrapuestas como bien y mal, que se puede estudiar sobre la base de una dialéctica de los contrarios. El término "normal" es equivoco. Se habla del "normal" como normalidad estadística y se identifica norma y frecuencia, encasillando a las personas en una curva estadística. También se habla de una normalidad "normativa", o sea "ideal". La normalidad ideal cambia las diversas sociedades y la normalidad funcional según las características individuales. No es válida la estadística ya que, como recalca G. Canguilhem, la media no equivale a la norma general, sino que es el índice de una norma. Introduce la noción de normalidad biológica, más cuantitativa que cualitativa. De hacer caso de la estadística, los superdotados serán unos anormales; por ello, como dice L. Kubie —no sin cierta ironía—, podría pensarse que la salud es un estado raro sin llegar a ser patológico. La norma crea el concepto de cuadro: al considerar el cuadro según unos datos particulares, habrá que elegir la norma dentro de dicho cuadro. De esta forma habrá cierta normalidad en el desarrollo de seres mal formados (niños sin miembros, los focomelos, por ejemplo), o niños con un handicap especial, sordos y ciegos, con una conducta propia característica de su insuficiencia. También habrá cierta normalidad en las costumbres sociales: eso supone que no la podremos estudiar prescindiendo del organismo y de la sociedad en que se desarrolla. Tampoco hay que confundir normalidad y perfección. Podemos imaginar perfectamente un hombre con un corazón artificial, con un riñón artificial, con huesos de marfil, un hombre que puede ser normal en cuanto a eficiencia si se hace caso omiso de la normativa que rige la normalidad morfológica. También hay una normalidad en la anormalidad: un ser imperfecto puede utilizar su potencialidad al máximo, y en este caso podemos decir que para él la normalidad es la utilización de sus deficiencias con un aumento de suplencias. Tampoco el término bienestar nos define la normalidad. No es equivalente estar sano y gozar de buena salud. Prueba de ello es que, psicológicamente hablando, el hombre sano puede tener una neurosis. Hombre sin fallo alguno, hombre perfecto, es un exhibicionismo de una perfección bajo el que se esconde una auténtica debilidad. Tampoco son satisfactorios ni el subjetivismo ni el objetivismo. Una lesión real y objetiva puede ser compensada por el hombre, al igual que sobre el estado de nuestros órganos pueden engañarnos las sensaciones subjetivas.

La normalidad en abstracto no existe: hasta cierto punto la normalidad es una creación dentro de las posibilidades dadas y de las adquisiciones conquistadas.

Se ha intentado definir la normalidad por la adaptación. Según los criterios de la biología, la adaptación no sólo es un cierto grado de equilibrio, sino la capacidad de reacción para reconstituirla tras un stress. En sentido psicosociológico, tampoco es concebible que la adaptación sea la simple aceptación de lo que nos ofrece el mundo externo o la sociedad. "El dinamismo consiste esencialmente no en adaptarse al mundo, sino en realizarse en el mundo" (J. Nuttin). P. A. Osterrieth considera que el tratar de imitar a la manera conformista los modelos externos se halla superado o al menos sobrepasado por la atención del individuo a sí mismo, pues, mientras se produce una adaptación al mundo exterior, se interioriza e integra en la organización individual. Así se constituye, según este autor, lo que podemos denominar un mundo interior en función del cual el individuo, sin dejar de transformarse, trata de cambiar el mundo externo y adaptarse a él. R. Mucchielli considera que respecto a la sociedad, la adaptación no es un acostumbrarse o aclimatarse, sino un consumo de energía con una orientación que pugna por integrarse y resistir a

los traumatismos sociales, así como aprender a desempeñar un papel en la sociedad. Por eso, R. Mucchielli, considera que la socialización es la adquisición de la capacidad de hacer continuos esfuerzos de adaptación social junto con la capacidad de resistir a la tensión de los compromisos sociales. A la persona normal le es imposible adaptarse a todos los grupos, aunque sólo sea por la simple razón de la imposibilidad de conocer todos los códigos correspondientes. De ahí que E. Trillat considere que la adaptación no es un criterio de normalidad y prefiera utilizar el término "adaptabilidad": "El individuo normal nunca se adapta por completo, pero el psicópata es inadaptable."

La adaptación puede ser la elección de un nivel, incluso de un nivel bajo, ya que le permite a la persona evitar la intranquilidad, el sufrimiento, etc., pero será ya anormal en el momento en que las exigencias externas no le permitan conservar ese nivel. Todo ser humano tiene una manera especial de adaptarse parcialmente que le permite evitar el fracaso adoptando una manera de obrar que no le es propia. Puede reaccionar de forma que no sufra una descompensación. Para una buena adaptación existen igualmente ciertos mecanismos de defensa o una especial regresión. Para saber lo que es una buena o mala adaptación, F. Meyer se pregunta si no es necesario abordar el problema de los valores. En nuestros juicios seguimos unas normas; por su parte, la sociedad y la misma familia enjuician la adaptación a una ética o modelo moral que cambia según el encuadre social y depende de los derechos que nos son dados en un determinado momento.

No se puede definir la normalidad sin tener en cuenta la idea histórica del ser concreto, de su misma historia personal y del encuadre social en que vive. Se puede considerar sano o normal a un hombre mientras las llamadas reservas energéticas sigan siendo energías formativas, mientras la acción no signifique usura o desperdicio, sino utilización y adecuación al objetivo o creación de un abrirse a nuevas posibilidades, en la medida en que lo que se considera o es realmente deficitario sea asumido por él o por la sociedad en que se halla inmerso. Será normal el hombre que se asimila activamente con el mundo, y no se acomoda pasivamente cuando supera sus deficiencias y acomoda su organismo para utilizar al máximo sus posibilidades sin desorganizarse. La normalidad en el hombre es su bienestar o su lucha, dentro de unas normas, con la norma como punto de referencia.

Se plantea el problema de la normalidad con respecto al de la salud y enfermedad. Desde un punto de vista sociológico, E. Durkheim trata de definir las dificultades con que nos tropezamos para definir el estado enfermo. Los culturalistas han mostrado que determinadas manifestaciones propias de una persona serán consideradas como psicopatías en un pueblo, mientras que en otro no sólo serán aceptadas, sino que pueden entrar en sus hábitos corrientes. La misma enfermedad es una norma de vida, pero una forma menor, en el sentido en que no permite prescindir de las condiciones en que se produce, imposibilitando el cambio a otra forma. Con razón dice G. Canguilhem: "El ser enfermo, está normalizado en unas condiciones de vida determinadas; ha perdido la facultad normativa y la facultad de establecer otras normas en otras condiciones." La enfermedad es una nueva vida que se caracteriza por nuevas constantes fisiológicas: estar sano no sólo es ser normal en una determinada situación, sino ajustarse a unas normas en su situación o en otras situaciones posibles: estar sano es poder caer enfermo y recuperarse, es un lujo biológico. La misma idea de "anormalidad" puede ser ambigua, pues con ese término podemos definir los cambios de la enfermedad o fallos organizativos más definitivos, como es la malformación. Algunos autores prefieren al término "anormalidad" el de "desvío", "acto desviante" o "persona que se desvía".

La enfermedad no depende exclusivamente de unas lesiones. Hay que tener en cuenta igualmente las alteraciones funcionales en conjunto, el equilibrio y la adaptación biológica y social.

Se entiende que en cierto modo la normalidad y la enfermedad están en íntima relación con la conducta y la motivación. La diferencia, según K. Goldstein, entre la conducta normal y la conducta enferma no es una diferencia de carácter, sino de forma. Conducta ordenada es la que se acomoda a las específicas condiciones personales del organismo y a las condiciones objetivas del mundo circundante.

Con razón insiste Schwarz en el problema de la motivación. Las relaciones de una persona normal obedecen a una motivación, mientras que las reacciones enfermizas responden a una falta de motivación determinante. El individuo normal actúa dando un sentido a sus automatismos e impulsos; estructura un conjunto psicofisiológico en función de una finalidad determinada.

F. Duyckaerts define lo patológico dando una marcha atrás. El hombre, en vez de dar un sentido a su pasado, vuelve del sentido al no-sentido, del comportamiento motivado al comportamiento causal.

Así, para el psiquiatra la misma enfermedad adquiere un significado que nada tiene que ver con la suma de lesiones y síntomas de origen más o menos unívoco, al que normalmente se reduce. Para nosotros la enfermedad viene a ser la manera de obrar del hombre de funciones desorganizadas. No se define por tener sistemas automáticos aislados, ya que, desde el punto de vista neurobiológico, éstos podrán funcionar con cierta autonomía fisiológica: en determinadas condiciones, será perfectamente normal que unas estructuras reaccionen aisladamente, cuando dichas reacciones sean vitalmente apropiadas. La tendencia a la autonomía influye en la misma integración. Cuando se produce el aislamiento propiamente dicho (consecuencia de contradicciones propias del sistema cuya víctima será el mismo organismo), podemos hablar de "lo patológico". Entonces se ve que, en el marco del funcionamiento general del organismo, la autonomía puede ser una plenitud y el aislamiento una reducción.

B. — LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN EL NIÑO

En el niño todavía es más complejo el problema de la normalidad o la enfermedad, ya que, al ser un ente en desarrollo, es movable en la organización de sus estructuras morfofuncionales y lábil en la manifestación de su conducta. Como clínico en el sentido clásico de la palabra, podemos admitir que las deficiencias por lesiones más o menos extensas van automáticamente acompañadas de deficiencias funcionales más o menos concretas, por lo que cabe establecer una relación de causalidad entre lesión y síntoma. Según la edad, las lesiones del sistema nervioso central se manifestarán por importantes trastornos deficitarios o por alteraciones de la personalidad.

En el ser en evolución, la enfermedad se manifestará durante las lesiones como una temprana detención, acompañada de una gran desorganización que provocará una ruptura de relaciones y una imposibilidad de adquisición. En otras ocasiones la detención produce una incapacidad adquisitiva, persistiendo cierta cualidad interrelacional de bajo alcance; en una fase evolutiva, la detención permite cierta capacidad adquisitiva en relación con el grado evolutivo. Los estados deficitarios se presentarán como un retraso fijo de la evolución o en forma de progreso retardado. Por lo demás, la misma causa podrá actuar diversamente según el momento de la evolución en que actúa; su acción variará según el estado de funcionamiento conjunto y las posibilidades de compensación o superación.

Al abordar el problema de la psicopatología funcional vemos un claro enfrentamiento entre los partidarios de la teoría del aprendizaje y los que se aferran al punto de vista psicoanalítico, aun cuando todos ellos admiten ciertas predisposiciones de constitución hereditarias. Al margen del problema general que plantean las diversas doctrinas acerca del origen de las perturbaciones, el plano de la relación entre lo normal y lo patológico y la importancia de algunas disfunciones frente a la personalidad se enfrentan en problemas esenciales.

Los partidarios de la teoría del aprendizaje consideran que el síntoma tiene un valor en sí y que la supresión del síntoma suprime igualmente la neurosis. Al estudiar el desarrollo infantil, esta afirmación nos parece dudosa porque cierta fobias o conductas obsesivas pueden entrar en momentos evolutivos del niño. Aun siendo un síntoma, tales manifestaciones no tienen el valor que algunos les atribuyen; no valen como síntomas ni como neurosis. El síntoma será un signo, de por sí con algún signi-

ficado durante el desarrollo, quizá también con alguna finalidad orgánica, pero no por ello es patológico. Constituye una "figura" que no se interpreta correctamente si no se conoce el "fondo" de la desorganización, ya que la forma general de ésta, más que el mismo síntoma, adquiere un significado en la constelación sindrómica. Ante una especial sintomatología habrá que estudiar el síntoma como un tipo específico de estructura frente a la organización total. Como señala H. Hartmann, en la infancia hay numerosos factores en cierto modo "patógenos", que por sí solos no son causa de neurosis o psicosis. Por otra parte, en la infancia hay fenómenos neuróticos corregibles, modificables durante el crecimiento y el desarrollo. Téngase presente, dice el autor, que cada nueva fase madurativa crea nuevas posibles situaciones conflictivas y nuevos modos de hacer frente a los conflictos, pero también trae en cierto modo la posibilidad de modificar conflictos anteriores. El nuevo aspecto de las fases subsiguientes es el cambio de predominio de ciertas funciones instintivas y determinadas funciones del Yo. Lo cual comprende igualmente unas relativas capacidades en determinados niveles que permiten hacer frente a situaciones conflictivas, así como la posibilidad de revisar la antigua manera de resolver los conflictos.

En el niño, muchos de los llamados problemas de neurosis se reducen a una simple perturbación funcional y el paso del conflicto al síntoma suele parecer más corto que en la neurosis del adulto. Según H. Hartmann, no se puede comprender el desarrollo de la neurosis sino mediante un detalladísimo análisis y un absoluto conocimiento del desarrollo normal. En la neurosis infantil todavía hay más problemas que respuestas, ya que conocemos mejor la psicología del desarrollo general, lo que, según H. Hartmann, nos estimula a precisar nuestras hipótesis.

Según M. Kris, la observación muestra que en el desarrollo infantil se producen inevitablemente crisis y conflictos. Tales crisis son momentos cruciales del desarrollo, unos como origen de aptitudes y otros de debilidades del Yo. Por ejemplo, una separación transitoria podrá ocasionar deficiencias del Yo, pero también estimulará el desarrollo de mecanismos restitutivos tendentes a una mejor adaptación posterior. Los estudios de los psicoanalistas de niños muestran que lo que expresan los síntomas es muy distinto de los del adulto. Anna Freud y Mélanie Klein señalan lo difícil que es durante el desarrollo encasillar determinadas conductas en el marco de lo normal o de lo patológico, de no tener en cuenta la edad y toda la estructura de la personalidad. Mélanie Klein, cuyas ideas hemos desarrollado ampliamente, encasilla en el marco del desarrollo normal "posturas depresivas", "posturas esquizoparanoideas" no forzosamente malsanas, sino correspondientes a los diversos momentos evolutivos. El valor de angustias y fobias, de la difícil alimentación o el mal dormir sólo es válido en una consideración general del desarrollo.

Mélanie Klein se pregunta cuáles son las dificultades normales y neuróticas en los niños. Acepta que todos los niños pasan por una neurosis que sólo difiere por su intensidad. La razón de que dichas neurosis llaman menos la atención que las de los adultos se debe, a su entender, a que su manifestación externa difiere esencialmente de los síntomas de los mayores. Los niños menos neuróticos no son los que más se asemejan a los adultos no neuróticos. Por ejemplo, un niño que se acomoda a todas las exigencias de su educación y que se niega al abandono de la vida de sus fantasmas instintivos, parecería perfectamente adaptado a la realidad y daría pocas señales de angustia; sin embargo, no sólo sería una persona sin encanto, sino incluso un anormal en el pleno sentido de la palabra. En el niño normal se da cierta ambivalencia afectiva, así como en su sumisión a los imperativos de los instintos y a los fantasmas y presiones del super-Ego sobre él. El niño que no se adapta a la realidad, que pone obstáculos a su educación, no es un niño siempre "fácil"; será induda-

blemente neurótico cuando sus dificultades y las que pone a su entorno son excesivamente grandes. Lo que distingue al niño menos neurótico del que lo es en mayor medida es no sólo algo cuantitativo, sino su reacción ante las dificultades. La angustia infantil se disfraza de muchos modos. Partiendo de la primitiva angustia, los terrores nocturnos los superará como simples dificultades para dormir, aparentando tener un sueño agitado o con las múltiples manías y ritos de los niños al acostarse. Las primeras dificultades de nutrición en relación con la angustia subyacente podrán transformarse posteriormente en una lenta deglución, en falta de apetito o cambios en la manera de comportarse en la mesa. Fácilmente se advierte que la angustia de los niños ante ciertas personas suele convertirse en timidez. Una vitalidad excesiva, que muchas veces se interpreta como muestra de un gran temperamento o como desobediencia, podrá ser, por la misma razón que la agresividad, una hipercompensación de la angustia que así se halla modificada. Los niños suelen disimular su primera intolerancia de la frustración adaptándose en general a las exigencias de su educación; pronto se convierten en niños "buenos" y "despiertos": su principal objetivo es yugular a toda costa su angustia y su culpabilidad, aunque con ello deban negarse toda felicidad y satisfacción instintiva. Dependen de sus objetos más de lo corriente, ya que en su entorno buscan protección y ayuda contra su angustia y su culpabilidad. Lo importante, según Mélanie Klein, es el estudio de los medios, a veces oscuros, mediante los que el niño ha transformado su angustia, así como su actitud fundamental. Cuando a un niño no le gusta el teatro ni el cine, ni espectáculo alguno, no le gusta hacer preguntas y está inhibido en el juego, incapaz de jugar si el juego requiere imaginación, hemos de aceptar que dicho niño sufre una profunda inhibición de sus necesidades epistemofílicas y un considerable rechazo de su vida imaginativa, aun cuando en otros aspectos pueda estar perfectamente adaptado y no presentar ninguna perturbación claramente definida. Posteriormente su deseo de saber encontrará la forma de satisfacerse, muy obsesivamente, y ello le arrastrará a otros tipos de neurosis. Mélanie Klein considera que es una buena señal que los niños gusten de los juegos y den rienda suelta a su imaginación, sin dejar de adaptarse a la realidad, lo que se advierte claramente, y que muestren un auténtico aunque no excesivo afecto a sus cosas. También es una buena señal ver que las tendencias epistemofílicas se desarrollan sin grandes perturbaciones y se orientan sin la opresión y la intensidad propias de la neurosis obsesiva. Para un feliz desarrollo son condición indispensable algunas mezclas de emotividad y angustia.

Según R. Diatkine, no hay que confundir el diagnóstico de estructura mental con el de "normalidad" o patológico. La tarea del médico se facilita abandonando definitivamente la hipótesis de una posible estructura "normal".

A nuestro entender no hay que ver en un momento dado unas formas de organización que nos obliguen a tomar decisiones terapéuticas; como indica Anna Freud, la tarea del clínico es unir y articular elementos a fin de establecer una pertinente evaluación. Hay que aclarar si, a pesar de las alteraciones de su conducta, el desarrollo de la personalidad del niño se produce de manera sana, dentro de las "normales variantes", y si las formaciones patológicas existentes (síntomas) son transitorias y no pueden considerarse como subproductos del desarrollo, si hay regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos fijos anteriormente establecidos, o regresiones del Yo y del super Ego, etc. Según Anna Freud, no se puede establecer en simples términos descriptivos, sino tras una evaluación metapsicológica con referencias cronológicas a las líneas del desarrollo.

Para Anna Freud, el estudio de las diferentes líneas de desarrollo hace ver que hay una correspondencia bastante perfecta en las diferentes líneas evolutivas: madu-

rez emocional, independencia corporal, sociabilidad, juegos creadores, etcétera; admite la idea de cierta norma aun cuando la realidad nos presente numerosos ejemplos de lo contrario. "En sí, cierto desequilibrio en las líneas de desarrollo no es patológico; una moderada inarmonía prepara el terreno a las innumerables diferencias individuales desde la más temprana edad: produce los numerosos cambios dentro de la normalidad con los que hay que contar."

Lo importante en la evolución infantil es calibrar el valor económico de un síntoma y el grado de labilidad de las estructuras más o menos cerradas o más o menos abiertas, sabiendo valorar el modo de organización de la personalidad; determinados tipos, no obstante su apariencia patológica, responden a organizaciones adaptadas en función de la misma evolución infantil o del especial marco ambiental en que ha ofrecido su enfermedad con el menor esfuerzo. En cuanto a la historia individual, algunas neurosis pueden ser una forma de organización sana; y aun cuando —según sus formas— parecen malsanas frente a un sistema coherente, seguirán siendo positivas por su adaptación, evitando reacciones más catastróficas. Pero no basta la simple capacidad de adaptación para definir una buena salud, ya que algunos modos de adaptación implican la amorfa pasividad a un ambiente inadecuado. El niño expresa su mal con dos rasgos que le son propios: el modo de manifestar su dolor y la posible conciencia de estar enfermo. En ciertos casos, como indica Anna Freud, la reacción de los padres ante el síntoma es lo que muestra igualmente al niño su propio dolor. Hasta cierta edad, los niños son más bien indiferentes al síntoma, mientras que a los mayores les hace sufrir mucho. Por ejemplo, los terrores nocturnos del niño llenan de consternación y de ansiedad a los padres, mientras que el niño ni siquiera los recuerda. Las bruscas cóleras agitan a toda la familia, siendo así que para el niño suelen ser un fecundo alivio. El ansia destructora, que para los otros es un síntoma sumamente alarmante, será una agradable diversión para el niño.

M. de Negri y G. Moretti señalan que la conciencia de la propia enfermedad en el niño no es completa y autónoma, siendo permeable a influencias psicológicas exógenas y muy influidas pasivamente por el juicio de los mayores. Los datos captados permiten efectuar una clara separación entre los menores y mayores de diez años que sufren una alteración psicológica. Los menores de diez años apenas si tienen conciencia de su propia enfermedad, expresada en el lenguaje por imprecisiones y un claro predominio de conceptos sacados del contexto familiar, hay una total ausencia de referencias somáticas y la atribución de la enfermedad a factores emotivos. Los niños de más de diez años precisan y objetivan progresivamente y expresan su propia conciencia de la enfermedad en términos cada vez más apropiados. M. de Negri y G. Moretti piensan que la diversa sintomatología apenas si influye en el modo de traducir en palabras la experiencia mórbida.

Si lo normal y lo patológico es difícilmente definible en el adulto vemos que no lo es menos en el niño. Con todo diremos esquemáticamente que la enfermedad es una no-adaptación a las exigencias íntimas y a las del mundo externo, unida a una incapacidad de reversibilidad e imposibilidad descentradora; pero un síntoma o una conducta no son patológicos, sino con respecto al grado de evolución, a la situación presente y al sistema de motivaciones.

En algunos casos aparece la enfermedad tempranamente, pero en general durante más o menos tiempo, parece como si la enfermedad se buscara antes de formarse en un determinado momento evolutivo. La diferencia entre perturbaciones definidas de carácter francamente neurótico y pasajeras perturbaciones en la manera de reaccionar, en su transición o en su reorganización se establece con respecto a la organización infantil en su conjunto.

II. — ASPECTOS Y FORMAS DE LA DESORGANIZACIÓN

La patología psiquiátrica infantil, al igual que la del adulto, ha evolucionado bajo el influjo de corrientes filosóficas y médicas que hacen referencia al funcionamiento del espíritu, la influencia médica y neurológica.

Sabemos que el pensamiento médico del siglo XIX está dominado por tres orientaciones: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiológica. La primera considera al ser vivo como una suma de partes anatómicas asociadas, y a la enfermedad como una alteración de la forma anatómica, definiendo al hombre enfermo por su lesión anatómica, haciendo referencia a un déficit. Se oponen a estas doctrinas las que consideran que las características que rigen los procesos de enfermedad son las mismas que rigen la acción de la vida fisiológica; lo esencial no son las lesiones ni los síntomas como tales, sino los procesos energéticos y materiales de la enfermedad y su devenir. Hay una tercera opinión, que nace de la idea de agentes patógenos y de la progresiva adquisición de conocimientos de dichos agentes, que ve al enfermo como objeto de una agresión, que es el origen de la enfermedad; en función de estos datos, y como medida previsora, se fija mucho más en el agente agresor que en la persona que sufre la agresión.

Ya hemos visto en qué ha consistido la evolución neurológica, una ciencia exacta, y su influjo en las ideas psicopatológicas, conocimientos que, con toda su perfección, al aplicarlos rigidamente llevaban a la inmutabilidad del funcionamiento de la psique. Dicha concepción ha sido criticada por H. Jackson, C. von Monakoff, K. Goldstein, que ven en la organización morfológica un sistema vivo. Por eso abordan el problema en el plano de funciones y disfunciones con conceptos psicodinámicos.

S. Freud, reaccionando contra sus primeras tendencias anatómicas y contra el psicologismo de las funciones anímicas de la psicología clásica, introduce una nueva manera de pensar en la que la psicodinámica no se integra en las funciones nerviosas, sino en el plano de la organización de la personalidad; por razones necesarias a la elaboración de su doctrina, deja de lado, sin eliminarlos por completo, los sustratos anatomofisiológicos indispensables para que se produzca el desarrollo. Sin ocuparse lo más mínimo del problema de las lesiones, S. Freud tiene siempre en cuenta el potencial personal o hereditario del niño al nacer. Tanto él como otros psicoanalistas valoran los factores biológicos del desarrollo, cuyo conocimiento no choca con una doctrina válida al abordar el estudio del hombre como ser humano en toda su plenitud. El cuerpo de su doctrina se define perfectamente como tal, sin valerse de términos fisiológicos. Lo mismo cabe decir de las doctrinas de J. Piaget. Sin embargo, la psiquiatría infantil, cuya finalidad es estudiar las alteraciones psicológicas, no hay que confundirla ni con la metapsicología freudiana, ni con una sociogénesis ni tampoco con una organogénesis. De paso, hemos de advertir que S. Freud habla frecuentemente de *series complementarias* de formas diversas.

Para comprender el trastorno psicopatológico del niño hay que tener en cuenta que se da en un ser en desarrollo, inmaduro de nacimiento —y por consiguiente, móvil en su funcionamiento—, cuya mecánica se está formando, cuya organización viene creada por un equipo cerebral que va unido a las aportaciones del entorno, y que el niño ha de resolver, y resuelve, sus propios problemas y hallazgos a través de su propia experiencia. En los desajustes hay que distinguir la enfermedad que se presenta y de la que presenta el niño, y en la enfermedad tal y como la sufre, el psiquiatra ha de calibrar lo que obedece a deficiencias de madurez, el trastorno mecánico y lo que es una alteración más o menos pasajera.

Es evidente que el ideal del científico es responder a una necesidad de causalidad. C. Bernard llega a la conclusión de que una condición dada será la causa próxima de un fenómeno:

—si se puede probar que dicha condición precede o acompaña en todo momento al fenómeno;

—cuando la supresión de dicha condición produce la no-reproducción del fenómeno (contra-prueba).

Vemos cuán rara es en la psicopatología infantil la posibilidad de una respuesta afirmativa a los postulados de C. Bernard. Una misma causa puede actuar de diverso modo según el momento de la evolución en que se hace aparente; sus consecuencias variarán según el funcionamiento y las posibilidades de adaptación o de descompensación. Tras un período de alteración, la supresión de la causa no cambia forzosa-mente el cuadro; la nueva forma de la personalidad cambia su manera de adaptarse. En psiquiatría, más que en otros campos, hay que distinguir entre etiología y patogenia, no detenerse en el hecho —no por ello menos necesario e indispensable— de que un agente o un trauma psíquico producen determinados trastornos (aun cuando en la teoría freudiana ha cambiado la importancia del traumatismo, difuminándose con la evolución de la doctrina e integrándose en una concepción más vasta).

Lo que importa sobre todo es comprender cómo se organiza la alteración tanto en su forma negativa como por el aspecto positivo que toda nueva organización entraña, cómo asume o sufre su desorganización, cómo en cierto momento organiza la plenitud de su ser y por qué elige una determinada disfunción —tartamudeo, inhibición psicomotora, etc.—, cómo trata de superarse mediante su nueva organización o mediante nuevos funcionamientos parciales elegidos por su historia propia o vistos como una nueva manera de expresarse su nueva personalidad. Se trata de la realización de ciertos modelos que, por la dinámica de su reorganización, se vuelven más o menos estáticos (a veces relativamente fijados y a veces relativamente abiertos), pudiendo evolucionar con la madurez y el desarrollo o dinamizarse mediante nuevas aportaciones o experiencias iluminativas.

En general, el cuadro patológico que se ofrece a nuestra consideración no ha sido causado por un solo accidente o un incidente único: no nos permite ver una directa causalidad para la totalidad del cuadro. A veces obedece a causas indirectas: actúa en un eslabón del desarrollo y desorganiza el marco en donde el eslabón hace su papel sin que los síntomas resultantes se manifiesten en tales eslabones. A veces, la relación de causa-efecto de la enfermedad con el fenómeno que la provocó es de segundo o enésimo grado. Dado que los motivos pueden ser infinitos, no siempre es satisfactoria la explicación de una causa múltiple, ya que la enfermedad no es el resultado de una suma de fenómenos causativos, sino la forma adoptada tras las tensiones de fuerza que los diversos elementos introducen en el pretendido equilibrio, tanto considerado anatomofisiológicamente como visto desde la personalidad que sufre la alteración. Con los estudios pluridimensionales introducimos una idea patogénica, aun cuando el abordaje de los fenómenos por diversos métodos o caminos indique un desconfiar de una única causa directa, lo que no supone estar de acuerdo con una pluralidad causal. La manera de organizarse posee su propia dinámica, pero no se es mecanicista simplemente por pensar que algunos momentos de la organización son relativamente estáticos, sino cuando no se tiene en cuenta la dinámica constitutiva. Leyendo determinados estudios se advierte que ciertas formulaciones fisiológicas o bioquímicas empleadas para explicar trastornos funcionales (aun sin confundir la intrínseca importancia de la realización de la misma función) son más dinámicos que algunos de los llamados psicodinámicos, empeñados en que el funcionamiento de la mente es un conglomerado.

Se han opuesto de una manera esquemática los trastornos de naturaleza orgá-

nica y los de tipo psicogenético. Pero preferimos abordar el problema desde el ángulo de la lesión y desde el ángulo funcional, aun a sabiendas que:

—los primeros obedecen a una deficiencia de la mecánica funcional, pero tampoco se pueden disociar de las etapas de maduración y de organización de la personalidad y de los trastornos de funcionamientos conjuntos;

—los segundos se manifiestan mediante una mecánica en evolución que se alteran en su funcionamiento, y en algunos casos pueden ocasionar alteraciones del funcionamiento equivalentes a los anteriores.

Entre ambas existen síndromes de falta de madurez.

Es inadecuado emplear el concepto de desorganización referente a una lesión, ya que es ésta la que ocasiona la alteración funcional; preferimos hablar de patología de las lesiones. Sucesivamente iremos estudiando:

—los llamados trastornos lesionales;

—la noción de inmadurez;

—y las llamadas desorganizaciones funcionales.

A.— LOS LLAMADOS TRASTORNOS LESIONALES

Las alteraciones orgánicas se originan por lesiones cerebrales o por malformaciones congénitas; una lesión cerebral total lleva a la vida vegetativa.

En general, la lesión puede destruir una mecánica ya a punto de manifestarse o impedir la necesaria organización de dicha mecánica. Las consecuencias de la lesión, las características de la alteración, dependen de la localización funcional, de la masa destruida y del tipo de lesión. La lesión no sólo acarrea trastornos de tipo deficitario; cuando produce irritación podrá perturbar el sistema cerebral entero. Cuando, por sus propias características, ya sean permanentes o paroxísticas, produzca unas reacciones inadecuadas, dificultará el funcionamiento (precisamente por alterar la acción comunicativa, sobre todo en lesiones precoces) o tener como consecuencia directa cambios de humor o de carácter. Irritaciones de origen cerebral, del diencefalo o del rinencefalo podrán actuar automáticamente, cosa que el niño, simultáneamente, experimenta como algo propio, personal y como una intervención del mundo externo. En tales casos, la lesión desorganiza unas estructuras que debieran ser homogéneas, tanto si las aferencias de origen interno vienen condicionadas como tales o como vivencias históricamente fundadas con un valor personal para el individuo.

Existe el riesgo de pensar que tales alteraciones únicamente tienen que ver con lo que el cerebro no puede hacer; también pueden haber trastornos por los que el cerebro no puede captar. Si bien momentáneamente no podemos cambiar un cerebro lesionado que impide que un niño no capte las mismas señales que recibe un niño libre de lesiones, no por eso es imposible hallar señales válidas para entrar en relación con él con una finalidad reeducativa. La lesión no depende exclusivamente del lugar donde se asienta anatómicamente, es decir, no tiene un valor puramente focal. También depende de su extensión y de la edad que tiene el niño en el momento de producirse.

La lesión de un sistema ocasiona alteraciones que aparecen bajo una determinada modificación sistemática, pero también ocasiona unos cambios de carácter general debidos a una reorganización del sistema nervioso y de sus estructuras funcionales. Se pueden estudiar por el lado anatómico o por las transferencias funcionales o

reajustes totales. Se da una nueva organización de las estructuras que se dispondrá a suplir las deficiencias funcionales. Tales fenómenos repercuten forzosamente en el funcionamiento total del cerebro, que también habrá de adaptarse. La adaptación será más fácil precisamente por no estar todavía organizada la función deficitaria. Cuando ya está organizada, la nueva función sustitutiva no tendrá la misma estabilidad que la anterior; las nuevas funciones serán más lábiles y frágiles; habrán de sufrir las fluctuaciones dictadas por situaciones momentáneas carentes de un equilibrio homeostático, organizado genéticamente y experimentado con anterioridad.

La conducta del individuo quedará más o menos afectada según la importancia de la lesión y según la adaptación funcional que se requiera. No sólo se pone en tela de juicio la calidad de la nueva organización, sino que también son importantes las exigencias del entorno. Por ejemplo, al reducirse espontáneamente la actividad para mantener un precario equilibrio, las excesivas demandas ambientales pueden causar catástrofes que corroboran la desorganización del funcionamiento del cerebro.

Una organización estructural funcionará de diverso modo a raíz de una lesión. Tendrá valor de compensación o será una nueva forma de funcionamiento mediante lo cual la personalidad adquirirá una nueva estructura. Cuando un sistema en evolución sufre una lesión, la estructura de la personalidad resultante no es igual a la sustracción de un sistema dado a un conjunto, sino que viene a ser el desfase evolutivo de un sistema frente a la maduración total. En el marco de un nivel dado de organización de sistemas conjuntos, se crean nuevas estructuras organizativas, lo que implica unas disponibilidades y niveles de emergencia diferentes.

No se entenderán las consecuencias de la lesión si se prescinde de la persona que las sufre y de la manera de actuar su entorno con respecto a ella, incluidas las medidas médicas. Quien padece una lesión se vuelve diferente a los demás; al vivir entre personas "enteras" o que así lo parecen, se encuentra parcialmente excluido, desde el punto de vista social, aun cuando no se considere agredido por el medio. Posee diversas posibilidades de defensa: puede negar su deficiencia, regresar a un mundo abierto y utilitario, a uno cerrado y autístico —regresión utilitaria y defensiva—. Diderot, en la adición a la carta sobre los ciegos, reproduce las palabras de Mélanie de Salignac, que había perdido la vista al poco de nacer. "Y aún debo mucho más a mis enfermedades —decía—: me toman afecto porque, a los cuidados recibidos, he sabido responder con agradecimiento y tratando de merecerlos. Afortunadamente, ni mis hermanos ni mis hermanas son nada envidiosos. Si tuviera el don de la vista sería a expensas de mi espíritu y de mi corazón. Tengo muchos motivos para ser buena. ¿Qué sería de mí si perdiera el interés que inspiro?".

Cuando hay lesiones o alteraciones de importancia en las primeras relaciones puede producirse una alteración en la evolución que afectará más o menos a todo el conjunto de realizaciones. La desorganización será un estado de desfase evolutivo más o menos homogéneo ante los diversos aspectos de la realización, con desfase que tal vez dependa de los trastornos que obedecen a la lesión o a la relación o a especiales formas de catexias sucesivas.

No obstante, hay *trastornos sectoriales* de algunas realizaciones funcionales, trastornos no especialmente del campo cognoscitivo, y que tampoco se manifiestan por especiales trastornos afectivos y que reciben el nombre de "instrumentales" o "de sector". Son trastornos propios de la percepción, motricidad y lenguaje. El término "instrumental" parece impropio, ya que separa algunas funciones del organismo individual, lo que hace suponer una tendencia a aislar la personalidad en sistemas estancos. No por eso deja de haber unos sistemas especiales mediante los que se efectúan determinadas funciones, según sus propias leyes y frente a campos de rea-

lizaciones limitadores de su marco, que halla sus propias características en las particularidades de las realizaciones funcionales. Es incomprensible la idea de "instrumento" al margen de la de totalidad, y sólo tiene algún sentido al realizarse y hacerse patente. Cada campo de realidades —el campo visual, táctil, auditivo, etc.— cuenta con sus propias reglas organizativas y su propia manera de investimento. Pero en la evolución del nivel sensoriomotor hasta el plano simbólico, los sistemas áfero-eferentes se deslizan por un molde de instintos que, a su vez, es energético y tiene una función en las cargas afectivas funcionales. El funcionamiento posee unos valores diferenciadores en la organización temporal, aunque también se organiza en etapas sucesivas y, en cierto modo, puede adquirir diverso valor en cada realización cuando, prescindiendo del pasado, se hace presente. El funcionamiento es, en parte, constante, ya que se confronta con lo anteriormente realizado. Las actividades se enriquecen con la imitación y se desarrollan por el juego de interrelaciones.

Ciertos psicoanalistas creen que los mecanismos puestos al servicio de la percepción, la motricidad, etc., son activados por las necesidades de los impulsos, sin ser éstos sus creadores. Mas el placer que va unido al funcionamiento, las respuestas positivas o negativas al realizarse las funciones, las satisfacciones e insatisfacciones, forman parte de la evolución funcional y al mismo tiempo son percibidas y "elaboradoras" de la actividad de los llamados sectores autónomos. Se entrecruzan y se buscan las funciones antes de hacerse reales.

Las organizaciones funcionales en sector dependen de lo que les cueste madurar a unos sistemas, de la evolución de la capacidad cognitiva y de las posibilidades de asimilación del mundo externo. Los sistemas funcionales adquieren su significado con el uso, que les proporciona una forma en la que, al realizarse, se confunden contenido y continente. Las actividades funcionales en sector son inseparables del desarrollo cognitivo al formar parte de la experiencia que contribuye a formarlo. Tampoco hay que separarlas del desarrollo afectivo, ya que los impulsos y las relaciones objetales van englobadas en la misma realización y hacen que el presente se establezca frente al pasado y busque el futuro, para encontrar nuevas satisfacciones en la propia superación. Desde que se nos presentan estos trastornos como una figura sobre un fondo, nos planteamos problemas que no cabe eludir con una simple negación. Existe el peligro de considerar que las alteraciones en sector son autónomas, sin relación alguna con la personalidad en quienes se realizan, lo que no obsta para que tales trastornos tengan sus propios métodos de producirse. Aun en casos en que su forma esté estrechamente unida al desarrollo de la personalidad, se nos ofrece en una "forma" que le es propia; y apartada de los factores que la provocaron, posteriormente adopta unas formas únicamente comprensibles en relación con el sistema, no evolucionado o en evolución según sus propias características.

B. — LA NOCIÓN DE INMADUREZ

La patología lesional por sí sola no explica todos los trastornos infantiles, ya que la *no maduración*, tanto en el E. E. G. como si es emocional y afectiva, intelectual o psicomotora, encubre un campo psicopatológico, a veces mal definido, y cuyo estudio es esencial para conocer al niño. En ciertos casos la no maduración quizá guarda una relación con factores congénitos, pero igualmente con factores de la evolución dinámica de la personalidad.

La *noción de inmadurez* E. E. G. fue descrita por primera vez por D. Hill en 1952. Normalmente, el término hace referencia a un trazado electroencefalográfico en el que no existen elementos de diferentes niveles de maduración. En definitiva significa que la actividad bioeléctrica se halla en un estadio todavía inestable, retrasada respecto a las medias estadísticas. Este retraso puede ser transitorio, lo que implica la necesidad de un estudio evolutivo antes de establecer un diagnóstico. D. Hill define de esta forma los signos de inmadurez: ritmo theta dominante poscentral, ritmo alfa variable, focos de ondas lentas temporales posteriores. Dichos signos los ha observado muy frecuentemente en enfermos neuropsiquiátricos adultos con alteración de la conducta sin lesión cerebral orgánica. Los atribuye a alteraciones del proceso de maduración, ya que se observan trazados similares en personas normales más jóvenes, trazados que cambian con la edad, y en general desaparecen con los años sin influir para nada en la inteligencia.

Posteriormente se ha empleado mucho el término de inmadurez E. E. G. en neuropsiquiatría infantil. C. Lairy-Boumes resume de esta forma los datos que a ello hace referencia:

—Trazado globalmente lento para la edad madura, que en niños muy pequeños puede ser fisiológico.

—Trazado con una especial sensibilidad a la hiperpnea, sensibilidad que se traduce por una clara disminución, sin paroxismo, pero que parece desbordar ampliamente la sensibilidad normal en la edad correspondiente.

—Por último, trazado con ondas lentas predominantemente occipitales.

Parece haber ciertas correlaciones entre la actividad eléctrica cerebral y la calidad de la deficiencia psicomotora y la manera de adaptarse a la afectividad. En el desarrollo intelectual no existe la misma correlación. Un trazado E. E. G., inmaduro o dismaduro, puede ser el cuadro bioeléctrico de quien presenta una labilidad afectiva, menor tolerancia a las frustraciones e incapacidad de asumir ciertas situaciones. Lo cual nos demuestra que la lesión anatómica no nos da la inmadurez E. E. G. En neuropsiquiatría infantil, la interpretación del E. E. G. ha de tener en cuenta siempre la plasticidad fisiológica del ritmo infantil que deforma y acentúa toda reacción ante una agresión interior o exterior (C. Lairy-Boumes). En muchos casos habrá que preguntarse si la inmaduración eléctrica es causa de trastornos afectivos, o bien si, por lo contrario, son los trastornos de la maduración afectiva los que producen una lábil asimilación de los sistemas aferenciales que imposibilitan una organización eléctrica.

La *inmadurez emocional* es más bien una no-maduración de la inhibición de reacciones emocionales. En el recién nacido las reacciones emocionales son bruscas, globales, incoercibles y sin específicas reacciones afectivas. Poco a poco se van adaptando a los estímulos, responden a situaciones con valores afectivos propios y constituyen una manera de adaptación al medio. Situados, dice H. Wallon, "entre el automatismo de las reacciones y la actividad intelectual, las emociones tienen con uno y otras una doble relación de filiación y oposición". Tal vez las reacciones emocionales sean mucho más vivas en personas con una especial labilidad neurovegetativa. Pero en cierto modo la reacción emocional es una forma total de existencia, un estado de espera de la agresión. Los shocks emocionales confirman y verifican la espera. La reacción emocional equivale a la irrupción de un peligro y, por desordenada que sea, tiene un significado para el individuo. Confirma y consolida un aislamiento en el mundo al reforzar los mecanismos originarios. La maduración biológica y social tiende a frenar las reacciones emocionales desordenadas, a adaptarlas a la finalidad y hacerlas significativas para el hombre. Las reacciones desordenadas son señal de no maduración y dependen no sólo de la organización neurológica anatómica, sino del grado de maduración biosocial.

La *inmadurez psicomotora* aparece en el marco del desarrollo psicomotor, especialmente en su retraso, descrito en la obra de E. Dupré con el nombre de "debilidad motriz". En ciertos casos la debilidad motriz tal vez vaya acompañada de alteraciones anatómicas del desarrollo central. En otros casos, el retraso del desarrollo motor estará en relación con procesos lesionales. Con frecuencia la misma organización motriz se altera en la medida en que no se efectúa en los gestos, en la praxis o que sufre el contraataque de una desorganización espacial. Entre la madurez psicomotora y la madurez emocional existen igualmente lazos bastante estrechos. En un estudio realizado conjuntamente con M. Stambak, hemos mostrado que las sincinesias infantiles, especialmente las imitativas, tienden a desaparecer con la edad mientras que perduran las sincinesias tónicas dado

que se hallan íntimamente relacionadas con los factores tónicos de carácter general; reaccionar gallardamente, por ejemplo, factor importante, depende de una buena organización emocional y afectiva.

Un grupo de investigadores de Mesina (Franco y otros) ha investigado signos somáticos y biológicos de la *inmadurez afectiva*. Según ellos, aparecen características de hipoevolución somática general disarmonicamente en los tests de Ozeretski, los E. E. G., etc., y que sería expresión de un hipofuncionamiento diencefalohipofisario.

Los estudios sobre la *madurez social*, realizados con la escala de Doll, muestran (Iannuccelli y otros) que la escolaridad tiene un especial papel en la maduración. A los siete años los niños de la ciudad tienen una superioridad neta sobre los niños del campo en cuanto a madurez, diferencia que disminuye hacia los nueve años. El nivel socioeconómico familiar rural ejerce una mínima influencia en los niños, pero es capital en los hijos de intelectuales y obreros. La independencia social es más notable en los hijos de funcionarios que carecen de autonomía personal, lo mismo cabe decir de los hijos únicos frente a los hijos de familias numerosas en las que el grado de independencia también está en función del número de orden que ocupan entre los hermanos.

La *inmadurez afectiva*, o retraso afectivo del niño sólo se estudia en relación con una edad concreta. En general existen varios aspectos: dependencia-independencia, seguridad-inseguridad, sugestibilidad, posibilidad o imposibilidad para inhibir las reacciones emocionales, posibilidad o no para emitir juicios intelectuales y no afectivos, posibilidad o no de autonomía en la acción. Según R. Laforge y E. Pichon, el retraso afectivo es la raíz de toda regresión neurótica, al impedir que una suficiente dosis de libido, de afecto, pueda consumirse en forma de oblación. El resultado (contando con que el desarrollo intelectual sigue intacto) sería un desacuerdo entre el objeto conscientemente pretendido y la conducta impuesta por apetencias inconscientes, desacuerdo al que dan al nombre de esquizonoia. El infantilismo afectivo o psicoinfantilismo se extiende al adulto, en quien persisten cualidades mentales características del niño (Linberg). Supone un desacuerdo entre desarrollo intelectual realizado y desarrollado afectivo no realizado. El desacuerdo se traduce en una debilidad, una inseguridad, una manejabilidad y una dependencia excesivas que semejan una importante fijación emocional a la madre, al padre o a otras personas provistas de autoridad.

Aun cuando en la *inmadurez afectiva* pueda haber ciertos factores constitucionales, bien es verdad que pueden responder a una actitud adquirida de la psique, a una disposición adquirida en el primer desarrollo, que podrá mantenerse posteriormente. Es un fenómeno biológico en la medida en que representa un estado por el que ha de pasar el desarrollo. Pero también es un fenómeno social en el sentido en que el desarrollo infantil depende de la influencia del medio.

Parece ser que no podemos considerar la *inmadurez* de funciones como un hecho simplemente estático, en el simple plano neurológico, aun cuando éste sea esencial. Sólo tiene un sentido en la dinámica de la evolución: evolución de los impulsos, satisfacción e insatisfacción de necesidades, reacciones del mundo exterior ante los impulsos, gratificaciones o castigos.

C. — LAS LLAMADAS DESORGANIZACIONES FUNCIONALES

El término "funcional" se viene empleando en oposición a "lesional", cosa que se presta a confusión con la dualidad "psicogénesis"-organogénesis". Tratándose no ya de estructuras estáticas —indispensables por otra parte—, sino de una determinada concepción del desarrollo de la psique, tanto lo lesional como lo funcional originan alteraciones funcionales. Como ya indicamos, una lesión o una malformación cerebral puede imposibilitar ciertos resultados o la asimilación de determinados datos indispensables para la organización del psiquismo. Esto hace que el cerebro no pueda funcionar normalmente. Pero el cerebro en formación puede ser perturbado no sólo por una lesión morfológica, sino por exageradas exigencias de los impulsos, por falta

de respuesta adecuada o por condicionantes más o menos reversibles. La desorganización funcional no se distingue de la desorganización lesional producida por una alteración del funcionamiento, sino porque en la primera la mecánica de recepción y expresión se ve afectada en su trama, mientras que en la segunda se ve afectada en los mecanismos constructivos organizmicos. La trama absolutamente indispensable para las sucesivas etapas de maduración no explica por sí sola el desarrollo psíquico, lo que no supone que los mecanismos neurofisiológicos no estén permanentemente implicados en el funcionamiento psicológico. Tanto las llamadas teorías organogénicas como las psicogénicas han de tenerlo en cuenta, pues se puede caer en grandes errores, tanto admitiendo que desde el primer momento la mecánica cerebral está perfectamente formada o únicamente va madurando, como si su existencia se organizara al margen del organismo, en una hipotética aureola en la que se diera la vida del espíritu sin relación alguna con el cuerpo.

Las desorganizaciones funcionales pueden tener un inicio precoz, por falta general de aportaciones aferenciales o afectos, o por trastornos de las primeras relaciones. Cuando dichos trastornos son masivos y se producen durante el período de maduración pueden ocasionar cambios equivalentes a los causados por síndromes lesionales. Cuando los trastornos de relación son más tardíos podrán producir alteraciones de la conducta, neuróticas o psicóticas, así como desorganizaciones sectoriales en el plano de la motricidad o en el lenguaje. Dichas perturbaciones no se explican por una simple acción exógena: hay que tener en cuenta tensiones, fuerzas y conflictos intrapsíquicos del niño en desarrollo. No tienen lugar al margen del desarrollo de la acción de los impulsos de relación de objeto y de las cargas afectivas. La evolución infantil dependerá de su tolerancia de frustraciones, de su control de la angustia y de su capacidad de asumir fenómenos que tienen lugar en cada niño, sin permanecer fijado largamente en un nivel de inadaptación de su madurez en evolución, y que no permanezca sin organizar unos mecanismos que no corresponden a su edad y que no haga una regresión excesivamente profunda organizándose heterocrónicamente.

Las lesiones pueden ocasionar modificaciones deficitarias, caracterizadas unas por un retroceso organizativo y otras por una fijación en un determinado nivel, con déficit adquisitivo; pero se trata de un desorden y no de un fenómeno fisiológico.

La noción de fijación y regresión, en su sentido psicoanalítico, nada tienen que ver con lo anterior. "Mientras que por el lado físico —señala Anna Freud—, el desarrollo progresivo es normalmente la única fuerza innata actuante, por el lado mental tenemos que contar invariablemente con una segunda serie complementaria de influjos que actúan en sentido contrario, con fijaciones y regresiones." Para comprender las líneas del desarrollo y toda la teoría psicoanalítica es indispensable advertir la existencia de dos movimientos, uno progresivo y otro regresivo, y su interacción. Puede darse el caso de que durante el desarrollo no se pase correctamente por todas las fases preparatorias, superándolas. S. Freud llama *fijación* al hecho de detenerse en una fase anterior. Habrá una *regresión* cuando los elementos más avanzados vuelvan a su vez a fases anteriores; se produce cuando, en su forma más extrema, una tendencia actuante —es decir, que trata de conseguir su satisfacción— choca con grandes obstáculos externos. S. Freud piensa que las fijaciones abren el paso a las regresiones y compara la evolución de la libido a un ejército en marcha: al quedarse en un nivel anterior la mayor parte de sus elementos, sólo una frágil vanguardia habrá de ocupar las cotas avanzadas, siempre dispuesta a replegarse y unirse al grueso de la tropa en caso de necesidad.

No sabemos gran cosa acerca de los factores hereditarios o constitucionales que favorecen el establecimiento de fijaciones y regresiones. Pero O. Fenichel señala que el psicoanálisis ha demostrado que pueden producirse en los siguientes casos:

—Cuando las satisfacciones que se sientan en determinado nivel son enormes sólo se abandona éste con desgana.

—El mismo efecto tienen las excesivas frustraciones en un nivel concreto. Da la impresión de que a ese nivel el desarrollo no produce suficientes satisfacciones; el organismo no quiere ir más allá en demanda de las satisfacciones de que carece.

—A veces se produce una fijación por satisfacciones y frustraciones excesivas. Quien tiene demasiadas satisfacciones o a quien le vienen dadas en exceso se torna incapaz de soportar la menor frustración.

—El paso repentino de satisfacciones a frustraciones también excesivas promueve igualmente las fijaciones.

—Lo más frecuente es que se produzcan las fijaciones cuando alguien siente satisfechas sus ansias, lo que al mismo tiempo le tranquiliza frente a su ansiedad o contribuye a repeler cualquier otro impulso peligroso.

Se advierten regresión y fijación en el mantenimiento de una suma anormal de características de una etapa anterior a las que se está predispuesto a regresar en cuanto aparecen dificultades.

Mélanie Klein piensa que fijación y regresión van unidas a la angustia infantil. Para ella, la fijación constituye en parte una defensa ante la angustia, y la regresión una incapacidad de la libido para dominar los impulsos destructivos y la angustia provocada por la frustración.

Anna Freud distingue tres tipos de regresión:

- la regresión tópica;
- la regresión temporal como vuelta a estructuras psíquicas anteriores;
- la regresión formal que hace que antiguas maneras de expresión y de representación pasen a hacer de formas actuales.

De hecho, las tres formas son básicamente “una” y se manifiestan al mismo tiempo. Anna Freud admite que: “La regresión puede producirse en las tres partes de la estructura de la personalidad —el Ello, el Yo y el Superego—. Y esto, tanto en el contenido psíquico como en los métodos de funcionamiento. La regresión temporal concierne a los impulsos que buscan un objetivo, representaciones de objeto y contenido fantasmático. Las regresiones tópicas y formales conciernen a las funciones del Yo, al proceso secundario del pensamiento, al principio de realidad, etc.” Como señala R. Diatkine, lo específico de las estructuras patológicas sigue siendo la forma de la regresión y no la regresión en sí.

Por eso podemos hablar de regresiones con diferente valor:

- regresiones regresivas con organización a un nivel dado y tendencia a la cristalización a este nivel;
- regresiones progresivas que, al presentarse como soluciones funcionales, permanecen móviles y conservan posibilidades adquisitivas;
- formas dinámicas de regresión que responden a mecanismos indispensables en algunos niños y que podemos denominar regresiones-reprogresivas, ya que son etapas que permiten la reconversión de posibilidades energéticas con las que afrontar, de diverso modo, la realidad.

Indudablemente, la evolución del niño depende de la dosis de sufrimiento y placer que recibe. A veces los impulsos se satisfacen indirectamente en el sentido de una transformación energética o en el sentido de la sublimación de que hablan J. Sándler y W. G. Joffe, sublimación considerada como resultado final, resultado de

la acción de diversos factores, que no hay que considerar como tal si el resultado y los medios con que se ha logrado no sólo sirven para descargar indirectamente los impulsos, sino también para mantener por una catexis de valores permanentes, semejantes a las características de la constante objetal.

Entre las desorganizaciones funcionales hay una que se caracteriza por una *disarmonía evolutiva* a la que, al igual que P. Male, S. Lebovici y R. Diatkine, damos gran importancia. Responde en parte a lo que Anna Freud denomina “desequilibrio entre líneas de desarrollo”. En ciertos niños, bien por razones de maduración o afectivas, existe el desfase de una entidad parcial (motricidad, lenguaje, organización cognoscitiva y autonomía) que supera o está retrasada con respecto a los demás y, en función de su repercusión en los demás sistemas y en su forma de aprehender la realidad, puede ocasionar una perturbación en la plenitud de la personalidad. Por nuestra parte hemos insistido en la importancia de estos hechos (desfase entre un desarrollo intelectual precoz de las funciones perceptivomotoras e insuficiencia del lenguaje, etc.), ya que pueden ocasionar el retraso en la evolución por falta de ganas de valerse de la función insuficiente o por hipercatexias de la función para la que el niño está más dotado. Naturalmente, tales desfases no ocasionan forzosamente alteraciones patológicas; posteriormente podrán ser una de las características de la psicología diferencial de los niños.

En cuanto a la psicología diferencial, hemos de prestar suma atención al diagnosticar en el niño un tipo cualquiera de desorganización funcional. No hay que olvidar que se halla en un estado de evolución y cambio. Sabemos que los síntomas en sí tienen poco valor para el aislamiento de una organización neurótica o psicótica y cuánto varía la conducta del niño en evolución, pero también sabemos que, una vez llegada ésta a cierto nivel, aparecen rasgos en el carácter que podemos considerar patológicos. Suelen ser formas de organizar la personalidad que hacen diferenciarse a unos niños de otros, con el peligro de darles demasiado valor en relación con una norma, sin que por eso hayan de ser patológicos. El carácter no lo consideramos como un dato en sí, sino que creemos, al igual que S. Freud, que “los rasgos permanentes del carácter pueden ser resultado de la gama intercambiable de impulsos originales, de sublimación y formación de reacciones”. No podemos ver en abstracto los rasgos caracterológicos sino en relación con el sujeto que los utiliza de una manera determinada, en relación al sufrimiento que le pueden producir y a las perspectivas que le pueden abrir o cerrar.

III. — EL FUTURO DE LAS DESORGANIZACIONES

El niño, un ser en evolución, tiene gran movilidad funcional, así como su propia facultad de compensación, reorganización y adaptación.

En la evolución hay que destacar dos hechos importantes:

—por una parte, no se advierte una desorganización hasta que está ya instalada (como en el caso de ciertos síndromes neurológicos cuyo diagnóstico, por lesiones prenatales o del nacimiento, se hace durante el primer año);

—lesiones de apariencia más grave pueden evolucionar más favorablemente de como cabe esperar en un principio.

La semiología neuropsiquiátrica de los comienzos del desarrollo hila muy fino y está sometida a numerosos imprevistos. Si no se hace un balance muy detallado

teniendo bien en cuenta las escalas evolutivas y la especial forma de organización—deficitaria y de compensación—, los pronósticos en cuanto al niño serán excesivamente favorables o desfavorables.

En los casos de ataques lesionales masivos, la evolución depende de la adquisición y readquisición de determinado número de automatismos, aprendizaje progresivo que no será posible más que por un cierto condicionamiento o por la creación de cierta cantidad de motivaciones que responden al nivel del niño. Exigencias excesivas pueden originar reacciones catastróficas, y ciertas actitudes rígidas, estereotipias frenadoras del progreso. Se corre el riesgo de considerar que todos los estados deficitarios son de origen afectivo, pero también se corre el peligro de menospreciar este importante aspecto. Ciertos niños colocados en instituciones no apropiadas a su caso se hallan psicotizados por no ser suficientemente amplias sus relaciones. Por eso parece conveniente unas relaciones de carácter psicoterápico en sanatorios, tanto con niños psicotizados como con niños tempranamente psicóticos o deficitarios. No basta comprender los mecanismos afectivos subyacentes en la conducta infantil para dar un diagnóstico favorable.

También pueden considerarse las lesiones instrumentales como puramente inmaduras, cuando habría que actuar muy pronto, antes de que pasen a convertirse en estructuras cerradas, antes que las polarizaciones afectivas transformen lo que era o parecía una trivialidad en una manifestación que hace peligrar toda la personalidad. Un sistema ligeramente deficitario puede ser, a veces, la señal de alerta de una alteración de la personalidad.

No podemos precisar cuál ha de ser el futuro de una alteración de la personalidad. Estudiando un grupo de niños en su sexto año escolar, C. Chiland muestra que, sobre un grupo de 66 niños, sólo 17 se manifiestan aparentemente libres de cualquier síntoma; por consiguiente, con un simple síntoma aislado no se puede dar un pronóstico más o menos favorable. En el plano de una eventual intervención psicoterápica, R. Diatkine admite que las previsiones son más imprecisas ante un caso de pronóstico favorable que ante uno preocupante. Cree que hay dos datos negativos: la restricción de actividad, la polarización afectiva o la falta de nuevas operaciones. Cuando se crean situaciones irreversibles, como especialmente la puesta en marcha de un dispositivo regresivo autónomo que actúa por la fuerza combinada de satisfacciones exclusivamente pregenitales y por falta de nuevas satisfacciones, se hace que el niño pase a depender de mecanismos de repetición sobre cuya base no podrá elaborarse ya una estructura de tipo más elevado. El autor piensa que el sufrimiento infantil, su angustia y tendencia a la depresión son imperiosos motivos de intervención, cualquiera que sea el pronóstico para el futuro. El conocimiento del sistema psicológico infantil permitirá saber si puede organizarse posteriormente regularmente y sin graves restricciones. Sin embargo, el pronóstico permanece incierto, ya que son imprevisibles los factores organizadores o "desencadenantes".

Por otra parte, se trata de saber hasta qué punto un niño que tiene una conducta apropiada y asintomática en un medio codeterminado no es un ser frágil, cuya adaptación puede resultar comprometida en situaciones nada difíciles para los demás, al afectar a una zona de su personalidad aparentemente compensada.

Por naturaleza, el niño tiene una inmensa capacidad de remodelar su propia personalidad. Puede hacerlo replanteándose sus problemas por sí mismo o por influencias externas a él.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. de.— Les apports de la neuropsychiatrie à la connaissance de la maladie de l'homme et à la compréhension de l'homme malade. *Pr. méd.*, 1959, 35, 1429-1432.
- Ajuriaguerra, J. de. — Problèmes généraux posés par le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. En *Le choix thérapeutique en Psychiatrie infantile*, 3-11. Masson et C^{ie}, Paris, 1967.
- Ajuriaguerra, J. de y Garrone, S. — Mécanismes d'organisation et facteurs de désorganisation dans l'évolution de l'enfant. *Méd. et Hyg.*, 1963, 21, 413-416, 462-464.
- Canguilhem, G. — *Le normal et la pathologique*, 226, págs. P.U.F., Paris, 1966.
- Chiland, C., Coppel, L., Coumes, F., Diatkine, R. y Gabel, M. — Renseignements épidémiologiques fournis par l'étude longitudinale d'un groupe d'enfants des écoles du 13^e arrondissement de Paris. *Bulletin de l'I.N.S.E.R.M.*, 1966, 21, 455-466.
- Deshaies, G. — *Psychologie générale*. P.U.F., Paris, 1959.
- Diatkine, R. — La notion de régression. *L'évolution psychiatrique*, 1957, 3, 405-425.
- Diatkine, R. — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1967, 10, 2-42.
- Diatkine, R. — *La psychanalyse précoce*. P.U.F., 1972.
- Dreyfus-Brissac, C. y Blanc, C. — Electroencéphalogramme et maturation cérébrale. *L'Encéphale*, 1956, 14/3, 205-241.
- Dupré, E. — *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot, Paris, 1925.
- Durkheim, E. — Les règles de la méthode sociologique. P.U.F., Paris, 1947.
- Duyckaerts, F. — *La notion de normal en psychologie clinique*. J. Vrin, edit., Paris, 1954.
- Fenichel, O. — *La théorie psychanalytique des névroses*. P.U.F., Paris, 1953.
- Franco, F. de. — Aspetti somatici del fanciullo immaturo affettivo. *Infanzia anormale*, 1957, 21, 127-143.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968. Original: International Universit. Press. Inc., 1965.
- Goldstein, K. — *La structure de l'organisme*. Gallimard, Paris, 1951.
- Hartmann, H. — Psychoanalysis and developmental psychology. *Psychoanal. study child*, 1950, 5, 7-17.
- Hill, D. — E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behaviour. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1952, 4, 419-552.
- Iannucelli, C. y otros. — L'influenza delin development. *J. of Pediat.*, 1961, 58, 761-770.
- Illingworth, R. S. — Delayed maturation in development. *J. Pediat.*, 1961, 58, 761-770.
- Jampolsky, P. — La notion d'infantilisme affectif. *L'Hygiène mentale*, 1948, 37/10, 121-133.
- Klein, M. — *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., Paris, 1959.
- Klein, M. Heimann, P. Isaacs, S. Rivière, J. — *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966.
- Kris, E. — Notes on the development and on some current problems of psychoanalytic child psychology. *Psychoanal. study child*, 1950, 5, 24-46.
- Kubie, L. S. — The fundamental nature of the distinction between normality and neurosis. *Psychoanal. Quart.*, 1954, 23/2, 167-204.
- Laforgue, R. — Citado por E. Pichon.
- Lain Entralgo, P. — *La historia clínica*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1950.
- Lairy, G. C. — E.E.G. en neuropsychiatrie infantile. *Psychiat. Enfant*, 1960, 3, 525-608.
- Linberg, B. J. — Psycho-infantilism. Supl. 61. *Acta Psychiat. Neurol.*, 1950, Munksgaard, Copenhagen.
- Mucchieli, R. — *Comment ils deviennent délinquants. Genèse et développement de la socialisation et de la dyssociabilité*. Ed. Sociales Françaises, 1965.
- Negri, M. de, Moretti, G. — La coscienza di malattia psichica nell'età evolutiva. *Infanzia anormale*, 1967, 82, 726-738.
- Nuttin, J. — Adaptation et motivation humaine. En *Le processus d'adaptation*, Páginas 127-137. P.U.F., Paris, 1967.
- Osterieth, P. A. — Développement et adaptation. En *Le processus d'adaptation*, págs. 83-103. P.U.F., Paris, 1967.
- Pichon, E.— *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et C^{ie}, edit., Paris, 1965.

- Ragonese, G. y Scarcella, M. — Studio E.E.G. della immaturita affettiva infantile. *Infanzia anormale*, 1957, 21, 188-209.
- Sabshin, M. — Psychiatric perspectives on normality. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 258-264.
- Sacco, F. — Lo sviluppo psicomotrico del fanciullo immaturi affettivo. *Infanzia anormale*, 1957, 21, 153-187.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. — A propos de la sublimation. *Rev. franç. Psychanal.*, 1967, 21, 3-18.
- Schwarz, O. — *Psicogénesis y psicoterapia de los sintomas corporales*. Barcelona, 1932.
- Trillat, E. — Les déséquilibres. *Encyclopédie méd.-chirurg., Psychiat.*, t. II, 37310 A10, 1955.
- *
* *
- Colloque de la Société psychanalytique de Paris, 1965: La régression. En *Rev. franç. Psychanal.*, 30/4, 351-489.
- Conference on normal behavior, Chicago, 1966. En *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 258-330.

SEGUNDA PARTE

LAS FUNCIONES
Y SUS PERTURBACIONES

CAPÍTULO VI

EL SUEÑO Y SUS PERTURBACIONES

La alternancia del sueño y vigilia forma parte de un ritmo biológico del hombre. Este ritmo es fijo una vez superadas algunas etapas de su evolución funcional.

El paso de la vigilia al sueño viene tras el adormecimiento, que va seguido de la fase de sueño propiamente dicha, en la que hay diversos momentos, según la profundidad del sueño, para concluir en el despertar.

Con el sueño viene una desaferentación y ruptura de relaciones con el mundo exterior, con cambios en las funciones de relación (motilidad y tono muscular) y cambios en las funciones de la vida vegetativa (temperatura, pulso, secreciones urinarias y sudoríparas, etc.).

Con posterioridad a D. H. Loomis, referente al E. E. G., casi todos los autores coinciden en relacionar ciertas fases con el grado de profundidad del sueño (fases B. C. D. E., de Loomis, y I, II, III y IV, de B. G. Kleitman).

En investigaciones posteriores, B. G. Kleitman y M. Jouvet señalan un trazado rápido de pequeña amplitud con atonía total de los músculos, debilitación respiratoria, sobresaltos de las extremidades, movimientos de ojos, todo ello junto con la actividad onírica. Por esto se han establecido dos estados de sueño: sueño fusiforme y ondas lentas corticales (sueño lento), y sueño con actividad cortical rápida o fase paradójica. El sueño lento y rápido se diferencian no sólo por la forma del trazado eléctrico, sino también por las diferencias de conducta, tónicas y vegetativas.

Algunos autores creen en una relativa autonomía entre ambos tipos de sueños en relación con las estructuras que intervienen. Para explicar el sueño lento se han formulado diversas teorías. A la interpretación del sueño, fenómeno pasivo que va unido a una progresiva desactivación del sistema reticulado activador se oponen actualmente teorías activas según las cuales el sueño lento depende de la puesta en juego de estructuras sincronizantes o ascendentes, retropónicas, que contrarrestan el sistema de vigilia, o descendentes, rostrales, encefálicas o diencefálicas, que inhiben activamente el sistema de la vigilia. El sueño de rápida actividad cortical responde a estructuras desencadenantes situadas en el puente. Las vías ascendentes causantes de la actividad rápida son difusas; las vías descendentes pertenecen probablemente a la formación reticular inhibidora del bulbo.

En una misma noche se alternan continuamente sueño lento y rápido.

I. — EL SUEÑO EN EL NIÑO

1.º Ontogénesis del sueño en el niño

La ontogénesis del sueño infantil ha sido estudiada por la observación directa (observación permanente de A. Gesell unida a la actografía de N. Kleitman) y mediante el E. E. G.

El estudio de observación directa señala que durante las fases de evolución se producen cambios tanto en la duración media del sueño como en el reparto del sueño a lo largo de las veinticuatro horas.

A. Gesell considera que la media de sueño durante la primera semana es de diecinueve horas, que posteriormente disminuye y al cumplir el año oscilará alrededor de las trece horas. El ritmo del sueño infantil es polifásico, y durante las primeras semanas se produce en cortas fases de una a dos horas repartidas casi por igual entre el día y la noche. Progresivamente van alargándose las fases de sueño hasta hacer fases de mayor amplitud. A partir de la segunda semana el niño duerme dos o tres horas seguidas; a las cuatro semanas, cinco o seis horas seguidas; a los seis meses, de siete a ocho horas, y al año, diez horas. Conforme se va ampliando el tiempo de sueño, se va desequilibrando la balanza entre el día y la noche, con una gran diferencia, desde los primeros meses, del sueño nocturno frente al diurno. La profundidad del sueño es variable.

Los estudios E. E. G. y poligráficos (N. Kleitman, C. Dreyfus-Brisac y otros, P. Passouant y otros, etcétera) demuestran la evolución de la duración del sueño y de la vigilia durante las veinticuatro horas, así como las características del sueño lento y del sueño rápido durante esta evolución.

En el recién nacido hay dos tipos de sueño: uno correspondiente a un trazado E. E. G., de periodos con alternancia de ondas lentas separadas por una actividad plana; un tipo que se traduce por un trazado plano no reactivo acompañado de movimientos oculares. La distribución del tiempo para la vigilia y para el sueño es la siguiente: siete horas para la primera y diecisiete horas para el sueño; una vez establecido el sueño, se producen con regularidad ambos tipos de sueño (el sueño lento con alternancias y el rápido con movimientos de los ojos).

Desde el primer mes la actividad eléctrica del sueño lento pierde el carácter alternante de recién nacido y el periodo fusiforme viene a completar el periodo de ondas lentas. Hay una progresiva organización mientras dura el periodo fusiforme; los ritmos rápidos se precisan desde el tercer mes y abundan ya a partir del sexto. Al despertar y al dormirse, la actividad hipersincrónica, muy clara en el pequeño, se atenúa en el momento en que cumple los 5, 6 o 7 años. En el primer año el sueño se interrumpe frecuentemente con momentos de vigilia, que van de unos minutos a una hora. En cada ciclo variará la duración de las fases de movimientos oculares; no obstante, hasta el año la oscilación es importante y puede llegar a ser de dos a tres horas cada noche (P. Passouant y otros).

2.º El sueño en el marco general del desarrollo infantil

Ya hemos visto que el sueño y la vigilia responden a mecanismos fisiológicos bastante precisos y que la evolución del sueño va a la par con una maduración organofuncional y con cambios de la electrogénesis cerebral. En los primeros meses el adormecimiento va muy unido a la sensación de hartura, y el despertar a la sensa-

ción de hambre. Pero llega el momento en que no se produce el despertar por depender de una "vigilancia de necesidad" junto con necesidad de alimentarse; poco a poco cambia a "una vigilancia selectora" dependiente del comportamiento adaptado al ciclo diurno (P. Passouant). El niño se adapta a su medio y éste le crea unos hábitos.

Sabemos que hay determinados ritmos biológicamente dados al nacer que pueden modificarse con la edad por factores dependientes del mundo externo o "sincronizador" cuando son endógenos, llegando a una manera de actividades circadianas por interferencia de factores externos y por el ritmo endógeno (F. Halberg). Actualmente sabemos que el sueño infantil evoluciona a su propio modo, con posibilidad de ser controlado por el E. E. G., y que comporta fases de actividad cerebral lenta y fases de actividad cerebral rápida que cambian con la evolución. La organización cuantitativa y cualitativa del sueño tiene sus propias características, algunas de las cuales dependen evidentemente de la maduración, aun cuando también están estrechamente unidas a la organización del Yo y a la apetencia de la libido.

S. Gifford considera que "el desarrollo del Yo y el *pattern* de sueño-despertar vienen determinados por la interrelación entre el modelo genético de madurez neurofisiológica del recién nacido y la manera especial de responder su madre a sus necesidades biológicas y emocionales. La continua interacción entre el equipo constitucional y la reactividad maternal es un proceso unitario de adaptación psicofisiológica en un momento en que la conducta manifiesta, los modelos homeostáticos y los precursores de la estructura del Yo todavía están indiferenciados en el lactante".

R. Spitz considera que el sueño del recién nacido es una especial forma de protección que entra dentro de un plan más amplio de defensa contra los estímulos. Es una forma de evitar positivamente el displacer por medio de una regresión. M. Fain acepta dos formas de sueño, uno que viene tras la satisfacción y que permite un casi absoluto repliegue narcisístico de la libido, y otro que sigue a la frustración o al dolor, que sobreviene cuando ya no existe una tensión interna. Por eso piensa M. Soulé que la palabra "sueño" es excesivamente genérica y que tal vez haya diferentes sueños en las sucesivas fases de la vida del niño; nada más nacer no habría investimentos afectivos sensoriales, por lo que tampoco habría desinvestimientos, que sólo se pueden producir a raíz de la satisfacción. Tampoco habría un nivel psicológico sobre la base del cual pueda efectuarse una regresión. Para M. Soulé, sólo una vez cumplidos los tres meses tendrá un sentido y un contenido psicológico; a partir de ese momento la regresión, mecanismo de defensa psicológica (o, al menos, el más característico de dicha fase), al igual que el sueño que tiene su origen en un prototipo fisiológico, evolucionarán paralelamente y se influirán mutuamente.

Podemos admitir con T. Moore y L. E. Ucko que la función hipnica evoluciona sobre factores innatos y cambia con la evolución madurativa pasada la "edad de rectificación"; tal vez en los primeros tres meses se tiende a sobreestimar la importancia de la madre, sin dar importancia a otros factores; sólo desde los tres meses, la madre, que actúa como elemento organizador y estimulador de los procesos de maduración, influye en el sueño al ajustar los momentos de dormir y de estar despierto tanto por el día como por la noche. Llega el momento en que dormir no es ya un asunto puramente físico (respuesta prácticamente automática a una necesidad corporal en una persona indiferenciada); para dormirse se hace imprescindible un retroceso de la libido y del interés del Yo: se diluye la ansiedad, desaparece cuando las relaciones objetales del niño se vuelven más seguras y cuando su Yo está ya suficientemente estabilizado (A. Freud).

Llega un momento en que el sueño no es ya una necesidad; equivale a una con-

ducta en cuanto a las fases de sueño y vigilia, preparación y despertar, que se caracterizan por especiales maneras de obrar. El sueño puede tener un valor en sí, como una retirada voluntaria más o menos conseguida, como defensa del mundo exterior, como medio de diálogo (exigencia y rebeldía) o como la manera personal de expresarse el niño al desarrollar su ansiedad. También puede ser una forma de separarse de los adultos, separación temida o deseada. Durante esta fase en que el ciclo del sueño se busca a sí mismo, pueden alterarlo causas exógenas o conflictivas, modificando su funcionamiento sin tener esas mismas causas nada que ver con la posterior evolución alteradora, pero se puede influir en ellas mediante nuevas satisfacciones como la simple presencia o el acunamiento.

Conociendo la evolución de los sueños durante el desarrollo infantil podremos valorar sus características normales o patológicas. A. Gesell, R. Debré y A. Doumic, S. Gifford, H. Nagera y M. Sperling han estudiado la evolución. Se advierte que:

Durante el transcurso del primer trimestre el tiempo de sueño se reparte durante el nictémero, en 8 o 10 fases que luego se fusionan; los tiempos de vigilia se precisan; el niño, progresivamente más activo, tiene cada vez más necesidad de ocupaciones y de interés. El endormecerse está estrechamente ligado a la sensación de saciedad y el despertar a la sensación de hambre. Se ha puesto en relación el estado de sueño de esta época, con la reducción del tono muscular y el estado de saciedad. Al acabar la comida, vemos como el lactante se afloja, como se cierran sus párpados, como su cabeza cae como muerta, como sus miembros se relajan... y llega el sueño. R. Debré y A. Doumic admiten que este estado de saciedad parece tan ligado a la sensación de plenitud gástrica como a la de la fatiga labial debida a una buena succión y, según ellos, los niños que se nutren mal, sobre todo los que maman sin vigor, duermen mal. Los niños que en el pecho hacen unos esfuerzos de succión mucho más importantes que los que succionan de un biberón, y que además tienen una alegría afectiva, están mucho más satisfechos y tienen un relajamiento de tonos musculares mucho mejor que los niños alimentados con leche artificial. Por otra parte, D. Lévy ha demostrado que los perritos que beben de un biberón con el orificio grande, y por lo tanto con un tiempo de succión corto, tienen un sueño más superficial y más agitado que los perritos a los que se hace beber de un biberón con un orificio pequeño, y consecuentemente con un tiempo de succión más prolongado. Ya antes de los tres meses, la estimulación o la pobreza estimulativa procedente de la madre, que afecta al desarrollo del Yo del lactante en su totalidad, puede permitir o impedir la "regulación" del sueño como una de sus consecuencias. Estos fenómenos estarán más claros posteriormente.

Entre los 3 meses y 1 año el sueño es más profundo que durante el primer trimestre, y el niño es más activo mientras está despierto; el adormecerse tras las comidas es menos frecuente y a veces es más difícil por la noche; el despertar depende menos del hambre y mientras permanece despierto da la impresión de querer moverse y de buscar satisfacciones afectivas.

En el segundo año el niño manifestará una repugnancia por el sueño y se despertará durante la noche; podrá tornarse exigente con su madre y soportar con dificultad la separación que supone el sueño, despertando y llorando en espera del retorno de la madre. En este período aparecen las primeras muestras de ansiedad y los sueños; también durante la siesta pueden producirse alteraciones al dormirse. En el segundo año es cuando aparecen los ritos de la hora de dormir.

La importancia de los fenómenos del segundo año depende del grado de desa-

rollo general del niño y especialmente de su capacidad de percepción, del establecimiento de relaciones con los objetos y de su capacidad de dominar la ansiedad.

Entre los 3 y los 5 años el sueño está mejor organizado en general, pero todavía es frecuente que cueste dormirse, el despertarse por la noche, el soñar, la ansiedad, etcétera. Hacia los cuatro años, poco a poco, se negará a hacer la siesta.

Entre los 5 y los 7 los niños empiezan a contar sus sueños. A esta edad suelen tener pesadillas.

A partir de los 7 años el sueño depende cada vez más de los otros.

¿Cómo representan los niños el sueño en sus dibujos?

S. Schwarzburg señala que los suelen representar como algo nebuloso inconsistente, mediante una nube o una figura difuminada, con un anciano majestuoso o formas extrañas que en nada se parecen a la familia y sin diferencias sexuales; no faltan los brazos dispuestos a abrazar o proteger. En cuanto al espacio, el sueño siempre viene de arriba, la nube baja a la tierra, y la figura humana ocupa la parte superior del dibujo. Sobre este particular, cuando se le pide al niño que represente "el miedo" se suele referir a experiencias oníricas o hipnagógicas.

II. — EL SUEÑO Y LA IMAGINERÍA EN EL NIÑO

I. — EL SUEÑO

Los sueños se caracterizan por el desarrollo de un espectáculo cuando el sujeto deja de estar en contacto con la realidad: fundamentalmente son imágenes visuales, aunque también auditivas, se producen durante el sueño y depende de cada persona el recordarlos o no al despertar.

W. Dement y N. Kleitman homologan los sueños y la fase paradójica, considerando que hay una relación entre el E. E. G. de sueño rápido asociado a rápidos movimientos oculares y la aparición de los sueños.

Está demostrado que a medida que avanza la noche disminuyen las fases de sueño profundo, mientras que se alargan las fases de sueño rápido, cuya duración cambia y se repite varias veces cada noche. Como hay una relación entre las fases de sueño rápido y los sueños, el trazado E. E. G. hace pensar que el sueño ocupa una buena parte del tiempo en las horas que preceden al levantarse. Algunos autores piensan que los sueños no son propiedad exclusiva de la fase paradójica, aunque en esta fase sean más originales, más estructurados y con un contenido más visual que en las restantes fases.

Estudiando el problema de la rememoración de los sueños, D. R. Goodenough y otros consideran que quienes recuerdan normalmente sus sueños los cuentan cuando se despiertan en la fase paradójica, mientras que quienes no los recuerdan no llegan a contarlos cuando se les despierta en dicha fase. W. Dement y N. Kleitman admiten que es más probable recordar un sueño cuando a la fase de sueño rápido no le sigue un estadio lento, profundo; de hecho, la rememoración depende de la cuantía de movimientos oculares y corporales que mantienen la actividad onírica durante el sueño paradójico (R. Tissot).

L. B. Ames considera que el sueño comienza en el niño a los dos años. Hacia los tres comienza a contar sus sueños ocasionales, aun cuando es probable que lo que cuente no sólo esté en relación con las imágenes del sueño, sino con sus propias

fantasmagorías. Algunos creen que carecen de solidez los sueños que se cuentan hasta los siete años, pero pueden ser bastante fieles cuando se cuentan inmediatamente después de haber tenido lugar. Los niños son dados a contar principalmente los sueños desagradables en que aparecen animales que les persiguen, y hombres o mujeres horripilantes. Sus temas son de extraordinaria variedad: abandono, la soledad en medio del bosque, peligro de ser devorados y atacados. Lo normal es que el niño crea no poder correr, que le van a coger y que no puede defenderse. Son las mismas sensaciones en casi todos los niños: indican el temor, la separación, el intento de agresión o el castigo. Aun cuando en el sueño, cualquiera que sea su edad, el niño siempre sea alguien importante, desde los siete años (L. B. Ames) se convierte en el principal protagonista. Con todo, no todos los sueños infantiles son desagradables.

J. Piaget considera difícil señalar en qué momento del desarrollo hacen su aparición los sueños, habida cuenta que antes del habla lo único que cabe hacer es un análisis de la conducta. En algunos casos ha habido claramente sueños entre uno y dos años, ya que, habiendo hablado en sueños, el niño ha tratado de contarlos al despertar. En sus estudios sobre el simbolismo J. Piaget describe diversos tipos de sueños intentando comparar su simbolismo con el de los juegos en la misma edad:

- Los sueños realizadores de deseos, por simple evocación del resultado deseado, sin muestra de simbolismo aparente.
- Los sueños que conscientemente representan, como en el simbolismo elemental del juego, unos objetos por otros.
- Sueños que configuran un acontecimiento penoso, dándole una salida favorable, como ocurre en el juego.
- Las pesadillas (como ocurre en el juego) con pánicos voluntarios y que provocan un placer proporcionado a la inquietud, una involuntaria tristeza ansiosa de poner punto final; mientras en el juego existe un control más o menos consciente, en el sueño el control es más difícil, ya que los sucesos se asimilan a esquemas más profundos, a un pasado más lejano.
- Los sueños de castigo o autocastigo.
- Los sueños que son una simple traducción simbólica de un estímulo orgánico real.

Se comprueba, según J. Piaget, que el primero de estos últimos sueños, el simbolismo —inicialmente muy elemental— se complica con resonancias secundarias, más o menos intensas. La subsiguiente simbolización se produce con un deje de angustia o inquietud, que señala la diferencia de los planos oníricos y lúdicos. Según este autor, tanto por su estructura simbólica como por su contenido el sueño infantil se asemeja a las ficciones, pero mientras el juego queda más controlado por la voluntad, el control del sueño le lleva más allá de lo que quisiera su subconsciente. El juego emplea como símbolo todo tipo de sustitutos materiales del objeto que facilitan su imaginación, en tanto que el sueño se ve forzado a representarse el objeto como una imagen mental o a elegir como sustituto otra imagen que simboliza el mismo objeto.

D. Foulkes ha estudiado el contenido de los sueños y muestra unos sueños diversos no especialmente característicos de la realización de deseos y ansiedades, aun cuando éstos aparecen en el sueño como la imagen de un deseo como se da en la vida común. En conjunto, el sueño se presenta en forma más bien realista, sin gran aparato ni disimulo. Los sueños extraños son propios más bien de personas que parecen inmersas en conflictos por resolver. En el sueño suelen aparecer las relaciones con los padres: el especial afecto a la madre, con temor a un padre castrador, o una gran identificación con el padre, quedando la madre en segundo plano, claro

deseo de querer convertirse rápidamente en un adulto. Lo más normal es que el sueño haga referencia a situaciones sociales del momento o a una "socialización anticipadora", que el niño o adolescente se ve, según su desarrollo físico emocional, social y psicosexual, ante su objetivo en el mundo y analiza las dificultades que para ello representan. En general, apenas hay contenidos referentes a la anatomía corporal de zonas y estadios clásicamente pregenitales, con pocas referencias a los años anteriores. Dichos sueños pueden interpretarse como intentos de anticipar y controlar problemas existentes en ese momento, y en relación con su mundo circundante; parece haber —dice D. Foulkes— una clara continuidad entre los juegos infantiles y sus sueños como contenido y función. No descarta la posibilidad de que los sueños preadolescentes obedezcan a realización de sueños pregenitales anteriores, dinámicamente inconscientes; cree difícil verificar dicha posibilidad, mas no imposible al margen de una psicoterapia intensiva; ello equivale a decir que, sin negar la existencia de un oculto contenido del sueño, en el niño aún no existe una organización defensiva como la que hace que la interpretación del sueño del adulto sea tan difícil.

Dada la imposibilidad de expresarse el niño de temprana edad, no podemos fijar la edad en que aparecen los sueños; de los datos clínicos parece desprenderse que el contenido de los sueños cambia con la evolución infantil. Los estudios neurofisiológicos nos indican la existencia de una evolución filogenética y ontogénica del sueño paradójico. Como indica M. Jouvett, la intrínseca diferenciación poligráfica del sueño en dos estados diferentes parece producirse en la evolución filogenética de los pájaros y tener su expresión plena en los mamíferos. En el momento de nacer, este tipo de sueño representa prácticamente todo el sueño en los gatitos y el 40 o 45% del sueño del niño nacido a término. Al crecer irá disminuyendo progresivamente el número de fases paradójicas: los estudios con prematuros de seis meses y medio indican que ya tienen perfectamente organizada su fase paradójica; en los recién nacidos a término el trazado E. E. G. de la fase paradójica recuerda el del estado de vigilia. El 50% corresponde a las fases paradójicas, más frecuentes durante el día que por la noche. O. Petre-Quadens subdivide el sueño activo en otras dos fases distintas: una (estadio A) señalada por la vigorosa succión y por la falta de sonrisa, y otra —la fase paradójica—, por la falta de succión y la aparición de la sonrisa. Cree que el estadio A del recién nacido y del lactante y el "sueño indiferenciado" (A. H. Parmelee) del prematuro nos hablan de un estado de vela único y ontogenéticamente primitivo que desaparece con los primeros meses de vida. También es probable que el estadio A en que suele producirse el fenómeno fásico del sueño paradójico difiera, al menos, en parte durante la jornada. Hay que advertir que cuando la madre induce al niño a sonreír al cumplir el mes, coincide con la disminución del sueño paradójico.

Se plantea el problema de saber hasta qué punto las fases paradójicas que aparecen en la filogénesis y ontogénesis humana responden a una producción imaginativa equivalente a la del adulto y alcanzan un valor de símbolos. B. D. Lewin cree que la memoria visual del seno constituye la "pantalla de los sueños" en que se proyecta su contenido. Los estudios con recién nacidos y niños de pecho muestran que en éstos, el hambre provoca la aparición de una fase paradójica y que durante el sueño, la estimulación de la boca y de los labios también pueden originarla. En el caso de la niña Mónica (alimentada con fístula gástrica), R. Spitz declara que el seno no es el origen de la pantalla de los sueños, sino el aliviarse de la sensación de desazón, cuya función pudiera constituir la primitiva matriz de la pantalla de los sueños. El mismo O. Petre-Quadens, que señala la importancia de los estímulos orales para inducir en el niño la fase paradójica, muestra que tales estímulos pueden hacerlos aparecer aun estando el niño saciado.

A. Bourguignon trata de comprender los sueños partiendo de la evolución del proceso primario y secundario en el sentido de S. Freud. Los hechos señalados por O. Petre-Quadens hacen ver en la fase paradójica la primera modalidad del proceso primario, la satisfacción alucinatoria del deseo. Otros procesos secundarios no cambian en nada tan primitiva organización funcional de la fase paradójica, antes bien, transforman los sueños de contenido disociado en un contenido latente y manifiesto, cuyo resultado es ocultar que se ha satisfecho el deseo, evitando de este modo el despertar.

Nos preguntamos si sigue en pie el problema de averiguar, no en qué momento aparece la fase paradójica —que, como ya indicamos, es ontogenéticamente muy temprana—, sino en qué momento se presenta como un contenido creador de imágenes y toma los caracteres de la consiguiente simbolización. Para J. Piaget, la imagen no se limita a prolongar la percepción, que parece iniciarse con la aparición de la función semiótica. Cabe concluir en la existencia de una endogénesis de la fase paradójica, la imaginación, la simbolización primaria y secundaria, el mismo contenido, cuyo sentido (con la dinámica que le atribuye S. Freud en los sueños adultos) sólo es comprensible en el marco de la dinámica del desarrollo. No podemos abordar en este momento el conjunto de teorías que tratan de explicar la función de los sueños: nos limitaremos a señalar la que insiste en considerar el sueño como descarga, no ya psicosensoorial, sino motriz y vegetativa.

II. — LA IMAGINERÍA EN EL NIÑO

Imaginería durante el día.— En el niño existe una imaginería rica, incluso durante los períodos de vigilia, que corresponde a una fantasmaticización positiva o a una exclusión del mundo de la realidad que hay que diferenciar del eidetismo que tiene sus leyes propias.

E. J. Anthony muestra que cuando se les pide a los niños que fabriquen sueños artificiales, los “sueños” de los niños que tenían un sueño perturbado eran más vivos, más reales, con más aspectos desagradables que los que estaban producidos por una señal de control, y la capacidad de fabricarlos parece tener una relación bastante estrecha con la cantidad de sueños de noche y de “sueños de día”; sugiere la existencia de una “capacidad oníricogénica” que tendría su base en la imaginería de día, y cree que probablemente hay una distribución normal de la capacidad de visualizar en la población general con unos extremos de tendencia visual y háptica, mientras que el individuo visual o háptico “puro” sería una minoría.

La imaginería eidética, considerada por E. R. Jaensch como la “fuente ontogénica” de todas las imágenes, es la facultad de volver a ver literalmente con una claridad sensorial, pero sin creer en la objetividad material del fenómeno, los objetos percibidos durante más o menos tiempo anteriormente. El eidetismo es raro en el adulto, mientras que su frecuencia en el niño es de alrededor del 61% según E. R. y W. Jaensch. Para M. Cressot, el eidetismo es el patrimonio de la prepubertad (de los 10 a los 12 años), edad durante la cual del 30 al 40% de los sujetos se revelan eidéticos; por debajo de esta edad, las indicaciones de los niños no serían de fiar; E. J. Anthony indica que generalmente cuanto más joven es el niño más susceptible es de ser eidético, y que el 60% de los niños de 4 años son eidéticos; después de los 15 años la disposición eidética generalmente se apaga, únicamente pocos individuos la conservan. Según E. J. Anthony, una imaginería eidética espontánea puede acompañarse de perturbaciones emocionales y provocar “terrores diurnos”.

Visiones del entresueño.— Se pueden describir en el niño visiones del entresueño, en el sentido de E. B. Leroy (es decir, visiones de esquemas sin realidad, que se transforman según la atmósfera en la que transcurren, pero que, lo más frecuente, se presentan bajo la forma de un cuadro aislado de arabescos o de imágenes caóticas), o bien lo que K. Leonhard llama postimágenes de la fatiga (reviviscencia de una actividad pasada pero que conserva un carácter estésico) o incluso del

mentismo. Muy frecuentemente, y desde una edad bastante precoz, los niños tienen tendencia a dejar volar su imaginación bajo una forma mucho más representativa que estésica. A veces esta actividad de su imaginación comporta reacciones ansiosas, ya que son incapaces de controlarla. A veces también, el niño crea estas representaciones y las dirige; incluso puede llegar a utilizarlas durante la vida diurna, así por ejemplo la imaginería del “compañero imaginario” (sobre la que han insistido R. Hurlock y A. Burnstein), compañero que generalmente se presenta como un personaje bueno, caritativo, fácil de abordar, consciente, sabedor de todas las respuestas. Puede tratarse aquí de un personaje de compensación pudiendo desempeñar el papel de aplacador de la angustia y poseyendo, en ciertos casos, el valor simbólico de un buen padre. Este tipo de personaje puede aparecer en la imaginería del niño desde la edad de los 4 o 5 años y persistir incluso hasta una edad bastante tardía.

Fenómenos hipnagógicos.— Unos fenómenos hipnagógicos diferentes de los del adulto han sido descritos en el niño. L. Michaux y J. Bergés los han encontrado bastante frecuentemente en los niños de entre 6 y 15 años. Estos fenómenos aparecen desde que se apaga la luz o poco después. Se trata de escenas estáticas o movidas, no coloreadas, sobre fondo neutro, con visiones de personajes o de animales. Raramente existen fenómenos auditivos, pero, en cambio, estas manifestaciones se acompañan frecuentemente de modificaciones del esquema corporal, alargamiento, reducción del cuerpo, etc. En algunos casos, la visión al principio es nebulosa, se trata de cavernas con sombras, de las que se desprende progresivamente un personaje más o menos claro, casi siempre caricaturizado o gesticulante; en otros casos no es más que una parte de la cara lo que aparece en primer plano, un ojo por ejemplo o varios ojos parecidos alineados; aunque a veces los personajes o los animales sean nebulosos, presentan una estesia muy adherente, ya que se desarrollan sobre un fondo de ansiedad. Sucede que fácilmente se pone de manifiesto la relación con un hecho vivido recientemente (lectura o película), y el contenido de las imágenes puede relacionarse fácilmente con un simbolismo de abandono, de ataque, de destrucción o de incorporación. Estos autores observan también unas modificaciones del tono muscular, ya hacia la hipertonia, ya hacia la hipotonía, lo más frecuentemente localizados, más raramente extendidos a todo el cuerpo. Según L. Michaux y J. Bergés estas representaciones hipnagógicas aparecerían en los niños que presentarían un conjunto sindrómico caracterizado por unos elementos de disarmonía tónico-motriz, unos elementos de hiperexcitabilidad (sobresaltos con los ruidos, Chvostek, hiperreflexia osteotendinosa), unos elementos de la serie histérica con crisis frecuentes de tipo neuropático, rabietas clásicas, a veces enuresis.

Estudiando los problemas de la actividad mental que aparecen durante el transcurso del sueño, H. Gastaut describe en la fase de adormecimiento, (fase I), y según su profundidad tres tipos de ensoñación: la ensoñación hipnagógica, pensamiento que ya no está dirigido por la atención sino que se somete a fenómenos sugestivos, mientras se separa progresivamente de la realidad, teniendo lugar durante el adormecimiento suave; la ensoñación hipnagógica, con despertar vago y confuso, completamente separado de la realidad, teniendo lugar durante el adormecimiento medio; y finalmente el ensueño hipnagógico, con imágenes y que según dicho autor, no se diferencia en nada del ensueño propiamente dicho; estos fenómenos son considerados integrantes del adormecimiento. Por otra parte describe fenómenos aberrantes del endormecimiento que se acompañan de una reacción electroencefalográfica de vigilia sin llegar necesariamente a la vigilia física: sobresaltos, ilusiones, alucinaciones y angustias hipnagógicas.

E. J. Anthony recuerda los trabajos de M. de Manacéine (1897) sobre la hipnagogia y los terrores nocturnos experimentales: esta autora se había interesado sobre todo por la patología propia del estado hipnagógico, como los “sobresaltos nocturnos” y las “alucinaciones” hipnagógicas, que pueden hacer que un niño grite de horror, pero no pueden ser consideradas responsables de los terrores nocturnos; esta autora sospechaba, no obstante, que había una relación entre ambos. Descubrió que despertando ciertos niños de forma repentina de un sueño profundo podía crear un estado “crepuscular” durante 5 o 6 minutos, tanto más largo cuanto más profundo era el sueño, cuanto más pequeño era el niño y cuanto más nervioso e inestable era el sujeto; y cuanto más larga era la fase hipnagógica, más fácil era inducir un terror nocturno experimental haciendo entonces una sugestión que engendrara miedo.

III. — EL INSOMNIO Y LA SOMNOLENCIA

1.º Insomnio. — Si bien puede parecer algo artificial el aislar el insomnio de los trastornos del sueño, hay casos en que este síntoma predomina, de forma más o menos evidente, como indican los estudios sobre la evolución del sueño y de los trastornos de su desarrollo de R. Debré y A. Doumic; H. Nágera (1966); M. Sperling (1969). L. Kreisler (1970) ha tratado más específicamente este tema.

Si se trata de dificultades para conciliar el sueño o de despertarse durante la noche, estos síntomas, como dice H. Nágera, pertenecen casi siempre al contexto de una perturbación familiar. El sueño puede convertirse en el campo de batalla sobre el cual los padres expresan sus estados de tensión mutua, y se puede modificar al corregir las actitudes paternas. En lo que respecta al niño, este autor distingue: por un lado, las perturbaciones del sueño que responden a un síntoma utilitario, es decir aquellas que tienen una función dentro de las relaciones exteriores del niño (a pesar de su gravedad aparente, estos síntomas no responden a soluciones de compromiso, como consecuencia de conflictos del niño; no obstante, posteriormente pueden ser utilizados como expresión de conflictos del desarrollo o neuróticos); por otro lado, las perturbaciones consecuentes a la formación de un compromiso dentro del marco de los conflictos internos e interiorizados del niño.

Del nacimiento hasta los 3 meses, el “insomnio” puede estar relacionado con una mala aplicación del régimen alimenticio (horario demasiado rígido, comidas demasiado cortas que no satisfacen la necesidad de succión). Igualmente puede estar emparentado con excitaciones cutáneas insuficientes, con unas hiperestimulaciones de una madre ansiosa, o a una falta de estimulación por una madre deprimida o fóbica. Una determinada sensibilidad constitucional del niño, la asfixia u otro traumatismo del parto, también pueden contribuir a la persistencia del despertarse durante la noche, al fracaso de la “regulación”.

De los 3 meses al año, el insomnio se atribuye a la erupción dentaria, pero va casi siempre emparejado, como dicen R. Debré y A. Doumic, con una falta de estimulación, motriz y afectiva simultáneamente, por limitación de la motricidad o semiabandono afectivo. Generalmente está relacionado con un estado tímico de la madre, que en esta época empieza a estar cansada e incluso a veces presenta estados depresivos.

Si bien generalmente las madres respetan el modelo de sueño de sus hijos, otras en cambio, como dice J. C. Hirschberg, se sienten afectadas en su narcisismo cuando el niño presenta modificaciones que ellas no pueden controlar, o reaccionan a esto encolerizándose, lo que el niño puede sentir como un rechazo; finalmente, otras pueden disregular el sueño con actitudes obsesivas sobre la educación esfinteriana, demasiado precoz y rígida.

Un tipo especialmente grave y prolongado de insomnio en el lactante ha sido descrito por M. Sperling y por L. Kreisler; según ellos es signo de tensión y de ansiedad muy fuertes y la relación madre-hijo está perturbada. A menudo este tipo de insomnio se encuentra en la anamnesis de niños que presentan trastornos afectivos graves.

Entre 1 y 3 años, las dificultades para dormirse y el despertarse por la noche son, como acabamos de ver, muy frecuentes, así como los miedos y los rituales para conseguir el sueño. El insomnio puede ligarse con la hiperactividad motriz y con la

avidez de ver y de conocer, y este es el caso del “insomnio alegre” del niño que se quiere levantar y jugar; también puede serlo cuando es signo de oposición y de conflicto con el entorno, o también cuando es un signo de tipo ansioso: ansiedad relacionada con un traumatismo físico o afectivo (enfermedad, intervención quirúrgica o separación de la madre), o ansiedad primaria profunda y difusa en la que el lazo afectivo madre-hijo siempre está en cuestión (R. Debré y A. Doumic). En el segundo año, las separaciones (de día, o de noche por separación de la habitación de los padres), un exceso de excitación o de estimulación por parte de los padres, imposiciones como la reglamentación esfinteriana (y con la consecuencia del miedo a no dominar los esfínteres), una obsesión demasiado grave de las relaciones pueden todas ellas dar lugar al insomnio. En esta edad, dice S. Freud, el dormirse no es ya un acto puramente físico, respuesta casi automática a una necesidad corporal en un individuo indiferenciado; un retroceso de la libido y de los intereses del Yo se convierta en una condición prioritaria para dormirse, al principio con ansiedad, posteriormente, cuando las relaciones objetales del niño se hacen más seguras y su Yo está suficientemente estabilizado, con desaparición de la ansiedad.

Entre los 3 y los 5 años, según M. Sperling, unas perturbaciones ligeras y transitorias del sueño pueden considerarse un rasgo típico de nuestra cultura. Evolucionan hacia una remisión espontánea o mejora con un manejo más apropiado del medio ambiente. No obstante, cuando se hacen persistentes pueden responder a una reivindicación por parte del niño (deseo de presentar), y los padres corren el peligro de reaccionar ya con una actitud de resignación, ya con un resentimiento expresado, dando lugar a relaciones inadecuadas. Según M. Sperling, perturbaciones graves del sueño, sobre todo las exacerbaciones que llevan a un insomnio persistente, son fenómenos patológicos que indican un trastorno emocional serio.

En el niño mayor, el insomnio grave entra dentro del marco de las neurosis o de las perturbaciones de la personalidad.

En la adolescencia, el insomnio, puede ser la manifestación de una perturbación importante. Más comúnmente, la necesidad de originalidad del adolescente se ejerce con el ritmo incoherente de los adormecimientos tardíos y de los despertares en la cama que se hacen interminables. El insomnio también puede ser la consecuencia de una excitación por hiperactividad intelectual, deportiva, e incluso a veces voluntaria con anfetaminas (L. Kreisler).

Desde el punto de vista *terapéutico*, a veces unos sencillos consejos a la familia pueden ser suficientes. En otros casos es necesario una psicoterapia al padre o a la madre. El prescribir medicamentos (tranquilizantes relajadores antes que barbitúricos) es a veces indispensable, pero no hay que olvidar que la mayoría de los medicamentos pueden tener efectos paradójicos, llevar a situaciones de dependencia y producir una agravación de los problemas para los que habían sido prescritos.

2.º Somnolencia y narcolepsia. — La somnolencia es frecuente en el niño acompañado a ciertas afecciones tóxicas o infecciosas generales y del sistema nervioso central, hipertensión endocraneana y sobre todo tumoral. En estos casos vemos distintos grados de vigilia que van desde la simple somnolencia al coma.

La narcolepsia no puede confundirse con la hipersomnia; se trata más bien de una dis-somnia (Guilleminault). El término de narcolepsia esconde diferentes síndromes: la narcolepsia idiopática o primaria que a su vez se ha dividido en dos formas, una del tipo de “sueño paradójico”, la otra de tipo de “sueño lento”; la narcolepsia secundaria (postencefalítica o postraumática).

La narcolepsia y la catalepsia son excepcionales en el niño. Según una estadística de R. E. Yoss y D. D. Daly, de 241 casos de narcolepsia sólo 13 (el 5%) tienen menos de 17 años. En los casos en los que se dé la narcolepsia y la catalepsia en la adolescencia, bajo la forma del síndrome de Gelineau, se debería hacer estudios sobre la posibilidad de afectación infundíbulo-tuberosa ya de tipo infeccioso, ya de tipo encefalítico, ya de tipo tumoral. Creemos, junto con O. R. Langworthy y B. J. Betz, L. E. Daniels, que un número elevado de los casos de narcolepsia idiopática corresponden a implicaciones psicogenéticas y merecerían ser tratadas con psicoterapia.

En el síndrome de Kleine-Levin, los períodos de hipersomnia se acompañan de hiperfagia, trastornos de comportamiento, alteraciones de humor y trastornos sexuales, en los adolescentes jóvenes; R. Fresco y cols., (1971) aportan una visión de conjunto del mismo.

La somnolencia en el niño puede modificarse con las anfetaminas y los IMAO.

IV. — COMPORTAMIENTOS EN EL PRESUEÑO, EN EL SUEÑO Y AUTOMATISMOS HÍPNICOS

Los miedos, según L. B. Ames, son diferentes según la edad. Comienzan entre los dos años y medio y los tres, y se mantienen hasta los cinco, o más; el niño pide tener la luz encendida, aun cuando a veces se contenta con apagar, pero teniendo un interruptor al alcance de la mano. Hacia los tres años y medio tendrá tal vez miedo de ver animalitos en la cama, mientras que a los cinco años y medio creará ver animales salvajes en la habitación; hacia los seis —especialmente las niñas— temen que alguien se oculte bajo la cama; hacia los siete tal vez tenga miedo a las sombras, que le parecerán espías o fantasmas, y quizá crea que hay ladrones escondidos en el armario. Suelen ser miedos pasajeros, que desaparecen en seguida si los padres saben ayudarle a superarlos con su presencia y sugestión.

Los rituales de adormecimiento se crean entre los dos y los tres años y medio. A veces llegan a ser un auténtico ceremonial: el niño exige que la madre esté presente en determinado lugar, que se quede junto a él un rato después de haber apagado la luz y que le acunen antes de dormirse. Con la preparación del sueño suele darse la succión del pulgar, cosa que ya ocurre al disminuir el número de comidas al segundo mes, y puede llegar a ser indispensable para que pueda dormirse. En vez de chuparse el dedo pulgar, o después de hacerlo, unos hacen ruido con la boca, con movimientos repetidos de los labios; otros necesitan tener una tela en la mano o restregarla contra la cara, tela que ha de ser de cierta clase, con cierto olor, y que se empeñan en no querer cambiar; otros se acarician la mejilla o la oreja con un mechón de cabellos. Con el tiempo, querrá tener siempre a su lado su animal preferido (el clásico osito de peluche): lo acostará a su lado, lo apretará como algo vivo que le reconforta y se pondrá violento cuando se lo quiten o lo pongan lejos. Son ritos para conjurar la angustia, fórmulas mágicas para tranquilizarse, objetos que le tranquilizan, "objetos de transición" que tienen gran importancia en su desarrollo. Los juguetes-ángeles de la guardia (M. Vogl) le ayudarán a resolver un conflicto en un determinado momento de su evolución. Después este mismo objeto perderá su importancia y se convertirá en un simple hábito que acabará por desaparecer. Esta conducta de tipo obsesivo se advierte preferentemente en niños cuyo Ego se desarrolla con lentitud; según H. Nágara, es el resultado de unos primeros temores del

Ego y de la necesidad de una uniformidad y de unas repeticiones, frente a un instintivo temor del Yo por todo cuanto suponga un cambio o sea desconocido. En ocasiones muy contadas, este ritual será la primera manifestación de lo que acabará convirtiéndose en un Yo atípico, y otras veces señala un especial desequilibrio entre el grado de desarrollo del Yo y las relaciones objetales.

Mucho se ha discutido sobre si son patológicas o normales determinadas acciones del niño durante el sueño, la sonrisa y el llanto, algunos automatismos gestuales, el entrechocar o rechinar los dientes (bruxomanía) o automatismos verbales (somniloquios).

El entrechocar o rechinar de dientes y el somniloquio han sido estudiados fundamentalmente por K. Abe y M. Shimakawa, considerando que van unidos. Se produce antes de los tres años y puede durar incluso en niños de edad escolar. El rechinar se da en una proporción del 11,6% y el somniloquio en un 14,5%. Se ha relacionado el somniloquio con un estado de ansiedad y el rechinar con unas características de los maxilares (S. C. Nadler) o con una alteración del cerebro. K. Abe y M. Shimakawa, estudiando unos niños con estas perturbaciones y sus propios padres, notan que aquellos en cuya niñez se dio una de ambas manifestaciones tienen una descendencia propensa a las mismas afecciones. El 34,9% de los padres que en su niñez entrechocaban los dientes y el 24,9% de los que hablaban durante el sueño siguen haciéndolo de mayores. Su conclusión es que tanto la bruxomanía como el somniloquio están muy influidos por ciertos factores genéticos. Según A. M. Arkin, el somniloquio no consiste en frases enteras, sino más bien en la expresión de algunas palabras.

Se da el nombre de *ritmias del sueño*, *tics habituales* y *estereotipias nocturnas* a actitudes psicomotoras que son fases evolutivas de niño normal y modos patológicos de organización (véase el capítulo *Psicomotricidad*).

Los estudios electroencefalográficos permiten a H. Gastaud señalar dos tipos de fenómenos episódicos:

— Los fenómenos episódicos que no van acompañados de cambios apreciables o importantes del E. E. G. hípnico y que no interrumpen la expresión E. E. G. del sueño; en este grupo se encasillan los tics habituales y los automatismos mímicos. Estos fenómenos serán parte integrante del sueño y se darán en todas las fases del sueño E. E. G. lento, especialmente durante la fase I del adormecimiento.

— Los fenómenos episódicos acompañados de una mayor o menor disminución de la expresión E. E. G. del sueño, entre los que hay que destacar los automatismos gestuales hípnicos, los automatismos verbales hípnicos o somniloquios —cuya frecuencia es menor al pasar de la fase I del adormecerse a la fase IV del sueño lento y profundo—, los automatismos de micción o enuresis y automatismos ambulatorios que únicamente se dan en el sueño E. E. G. más lento. Tales fenómenos no son parte integrante del sueño, puesto que cuando se tiene aquél quedan perturbados; pero se consideran inherentes al sueño, ya que no interrumpen totalmente su expresión E. E. G.

V. COMPORTAMIENTOS PARTICULARES O PATOLÓGICOS DEL SUEÑO O DURANTE EL SUEÑO

Terrores nocturnos y pesadillas. — Algunos describen indiferentemente las perturbaciones denominadas "pesadillas", "terror nocturno", "sueños angustiosos" y "sueños desagradables", considerando que únicamente se diferencian por la intensidad; otros

uistinguen entre pesadillas y terror nocturno; finalmente otros asemejan las pesadillas a los terrores nocturnos y los diferencian de los sueños de angustia.

Durante la *pesadilla* el niño hace algunos movimientos, gime y se despierta; entonces es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar fácilmente por los padres o persistir en un determinado estado ansioso porque tiene miedo de volverse a dormir.

Durante los *terrores nocturnos*, el niño, después de algunos pequeños gritos, se levanta o se sienta en su cama, su cara está angustiada, grita, gesticula, se agita, hace como si se defendiera, como si viviese una representación terrorífica; no reconoce a las personas que le entornan pero reacciona más o menos a los intentos de reconfortarle; cuando el terror se acaba el niño vuelve a dormirse. Cuando por la mañana se despierta no recuerda nada del fenómeno que ha vivido. Los terrores pueden repetirse varias noches consecutivas y muy raramente en una misma noche. Cuando se repiten, las crisis sucesivas tienen generalmente un horario fijo. A veces en los mismos sujetos se dan "terrores diurnos" (E. Still, citado por E. J. Anthony).

Las pesadillas son bastante frecuentes en los niños, los terrores nocturnos más raros. Las familias pueden creer que las pesadillas son fenómenos normales o paranormales, mientras que los terrores nocturnos son considerados como fenómenos patológicos. De entre las perturbaciones del sueño que se dan entre los 4 y los 14 años, los terrores nocturnos predominan entre los 4 y los 7 años, y las pesadillas entre los 8 y los 10 (E. J. Anthony).

De hecho, existe una confusión en las definiciones concisas de pesadilla y terror nocturno.

Para E. J. Anthony, J. E. Mack y otros muchos autores, la pesadilla parecería una exageración del sueño de angustia; el niño puede concretar el contenido de un sueño de angustia, cuya imagen es viva y real.

Según H. Gastaut, la pesadilla del adulto está cerca del terror nocturno del niño; se caracteriza por una descarga vegetativa masiva y, cuando tiene lugar el despertar psíquico, lo que ocurre bastante frecuentemente, el sujeto nunca se acuerda del sueño, pero siente una angustia terrible con sentimiento de opresión y de parálisis.

Bajo el término de *pavor nocturno* del niño, M. Sperling describe tres tipos de perturbaciones: un tipo "psicótico" con hipermotilidad, comportamiento psicótico durante la crisis y amnesia retrógrada (terror nocturno de los otros autores); un tipo "traumático" con inicio casi siempre después de un traumatismo agudo, con sueño irregular, gritos, frecuente despertar, con la ansiedad de un sueño que representa una repetición de la situación traumática original; un tipo "neurótico", que se caracteriza por pesadillas en las que el niño se despierta del todo, con angustia y un recuerdo vivo y durable de los contenidos de los sueños.

Aunque se hayan podido considerar las pesadillas y los terrores nocturnos como aspectos distintos, no obstante, ambos responden a unas manifestaciones de la angustia infantil y son la expresión de un conflicto interno no resuelto. En el caso del sueño de angustia, como dice S. Freud, la función de "guardián del sueño" que tiene el ensueño fracasa, el ensueño se convierte antes en perturbador del sueño que en su guardián.

Durante el sueño "sin-ensueño" (ondas lentas en el EEG), la actividad mental persiste, según H. Gastaut, pero con un cierto carácter de memorización, y las representaciones mentales relacionadas con conflictos afectivos rechazadas, quizá las más graves, se liberarían durante este sueño, durante el cual el sujeto no corre en absoluto el peligro de ser consciente de ellas, y podrían conllevar una descarga neurovegetativa y a veces, un despertar angustioso.

En los escritos de origen psicoanalítico, según J. E. Mack, se distinguen tres periodos. En el primero, el material relatado revela la predominancia de los temas edípicos; en el segundo, se da cada vez más importancia a los factores preedípicos evolutivos; en el tercero, las pesadillas del niño, o incluso los sueños en general, son considerados en términos de progreso de la estructuración psíquica del desarrollo del Yo y del Superyo o de evolución de las relaciones objetales del niño. Según J. E. Mack, la ansiedad de la pesadilla tiene su fuente no sólo en los conflictos actuales del niño, sino también en los miedos que les acompañan, remontándose a un período muy precoz y que se reactivan en las condiciones de regresión y de aislamiento del sueño. Lanza la hipótesis de que, para mantener su integridad, el aparato psíquico dormido, privado de los soportes de medio y de las muchas posibilidades de que dispone en pleno día, tales como la actividad del juego, responde a la ansiedad recurriendo a unos mecanismos de pensamiento como la distorsión simbólica, la condensación y el desplazamiento, "creatividad desesperada" que sería simultáneamente la función de defensa y la descarga de la tensión.

M. Sperling observa parecidos de estructura y de función entre la fobias y los sueños de ansiedad. M. Klein subraya muy acertadamente que el terror nocturno puede modificarse conservando el mismo valor, adquiriendo el aspecto de perturbaciones del sueño (sueño tardío o despertar precoz, sueño agitado o fácilmente perturbable).

Comparando niños neuróticos con perturbaciones del sueño y niños neuróticos sin perturbaciones del sueño, siendo la neurosis el denominador común, E. J. Anthony encuentra que los individuos con el sueño perturbado son más cariñosos, más temerosos, más imaginativos, más sugestivos; en conjunto, frecuentemente se ponen como "clavos ardiendo" cuando se les estimula, poseen poca posibilidad de descarga, sometidos a presiones de los padres generalmente extremas en el terreno social y educativo; han dormido durante más tiempo en la cama de sus padres con ellos y más frecuentemente tienen una madre fóbica.

Unos ritos de sueño y de miedos durante la noche pueden verse en el caso de las pesadillas, unas alucinaciones hipnagógicas espontáneas y unos terrores diurnos en el caso de los terrores nocturnos.

Sonambulismo.— El sonambulismo se da con preferencia en los niños, y normalmente aparece entre siete y ocho años, con una frecuencia que va del 1 al 6%. A veces la anamnesis familiar tiene carácter positivo.

El sonámbulo se levanta en la primera parte de la noche y actuará como un autómatas, más o menos apropiadamente, con los ojos abiertos, con la mirada fija, moviéndose con pasos inseguros. Su capacidad o incapacidad de realizar cosas complicadas y su resultado o su motricidad los ven los diversos autores de muy distinta manera. Después de deambular durante un tiempo que va de unos minutos a media hora, el niño torna a la cama por sí solo o se deja llevar dócilmente; al día siguiente no recuerda nada.

En un estudio comparativo de niños sonámbulos y normales de la misma edad, A. Kales y otros señalan que la suma total del sueño, desde el estar despierto y desde la fase de los movimientos oculares, lo mismo que el ciclo del sueño, son similares en ambos grupos; se ha provocado un incidente sonambúlico siete veces en sonámbulos haciéndolos levantarse durante el sueño de ondas lentas. En el grupo normal no se logró provocarlo; en los sonámbulos el recuerdo de los sueños al despertar en la fase de movimientos oculares parece menos frecuente y elaborado que en las personas normales.

Estos autores no creen que se den unas especiales características psicopatológicas; no hay nada típico en cuanto a la capacidad intelectual; los tests de personalidad señalan una heterogeneidad psicopatológica con una importante variación en el grado de reactividad emocional. Hay componentes de ansiedad o depresivos y diversas fórmulas afectivas, pero no rasgos psicóticos (frente a la psicopatología grave, psiconeurosis y estados psicóticos o estados de marginación que J. A. Sours ve en los sonámbulos adultos).

Algunos autores atribuyen el sonambulismo a cierta inmadurez, mientras que otros creen depende de un factor orgánico más serio. Mucho tiempo se creyó que el sonambulismo era un fenómeno equivalente a la epilepsia. A. Kales y otros aceptan la presencia de factores orgánicos y funcionales en el sonambulismo, pero en diverso grado.

En la dinámica del sonambulismo hay que tener en cuenta mecanismos semejantes a los que aparecen en los estados segundos de histeria.

A partir de un estudio comparativo de niños que presentan pesadillas, terrores nocturnos o sonambulismo, J. Anthony declara que este tipo de síntomas no obedece a factores ambientales o psicológicos, sino que es un problema de reactividad psicofísica y que la descarga puede producirse por conductos visuales o motores según la hipersensibilidad de sistema visual o motor.

Según M. Sperling, parece que el peligro del que el sonámbulo quiere huir sea un peligro interno, el de sucumbir a las pulsiones rechazadas profundamente, sádicas y perversas, y que se convertiría en un peligro externo por un mecanismo parecido al utilizado en los sueños y en las fobias; según esto sería explicable la estrecha relación dinámica entre estos estados y otros estados como la amnesia histérica y las fugas epilépticas.

A. Kales y otros han abordado el comportamiento de los padres y los niños ante el fenómeno del sonambulismo. La mayor parte de los padres apenas se preocupan del fenómeno, salvo por los accidentes que pueden sobrevenir al deambular. Unos emplean los castigos, considerando que la repetición del fenómeno es una rebelión. Los niños no prestan demasiada importancia a este asunto —al revés de lo que sucede con los enuréticos— y no piensan en posibles accidentes.

R. B. Pesikoff y cols., han conseguido eliminar los terrores nocturnos así como el sonambulismo en niños tratados con imipramina.

Epilepsia nocturna.— En el sueño pueden producirse ataques epilépticos, tanto en el niño como en el adulto. Son raros los ataques al dormirse: suelen producirse durante el sueño, y especialmente al despertar.

H. Gastaut y otros consideran que el sueño es una de las causas desencadenantes de descargas epilépticas críticas, pero puede ser un especialísimo desencadenante de las descargas epilépticas intercríticas; con todo, desde el punto de vista práctico, la activación hipócnica apenas si es más específica que las restantes formas de activar normalmente utilizadas. Estudiando las variaciones de descargas epilépticas en el período de movimientos oculares, J. Cadilhac y otros señalan dos tipos especiales de epilepsia: en uno desaparecen las descargas epilépticas en el P. M. O., y en el otro corresponden a focos frontales y temporales y persisten en el P. M. O., o incluso son facilitados."

Durante largo tiempo se pensó que ciertos incidentes del sueño infantil, los terrores nocturnos y el sonambulismo, eran de origen epiléptico. Estudiando junto con L. Marchand, 70 epilépticos adultos, cuyos antecedentes patológicos infantiles conocíamos a la perfección, hemos visto que en ocho de ellos se daban accesos deambul-

latorios considerados como una forma infantil de sonambulismo, mientras que otros 15 tenían terrores nocturnos acompañados de automatismos. Cuando se dieron estos casos, en ninguno de ellos se diagnosticó una epilepsia. En el momento actual casi todos los autores coinciden en señalar la no correlación entre epilepsia y dichas manifestaciones. En los terrores es frecuente que se altere el E. E. G. —sobre una base de 46, en 27 casos, según E. Kurth y otros, aparecieron alteraciones—. G. Heuyer y otros observan E. E. G. normales en muchos de estos casos, y en los que se altera el E. E. G., suele ser demasiado impreciso para poder señalar una epilepsia. En 11 sonámbulos estudiados, A. Kales y otros observan 5 con E. E. G. anormal sin manifiesto carácter epiléptico, aunque con un sistema nervioso inmaduro.

Tras estudiar el electroencefalograma de 100 individuos de 19 a 25 años con persistencia de sonambulismo, C. André-Balissaux y R. Gonsette los dividen en tres tipos:

- Los que tienen accesos benignos, sin anamnesis personal o familiar llamativa y con E.E.G. negativo.
- Los de carácter hiperemotivo, con un E. E. G. con síndrome bioeléctrico de hiperexcitabilidad cortical.
- Los que padecen un grave sonambulismo de carácter familiar con antecedentes infecciosos o traumáticos y con un E. E. G. gravemente alterado.

Nivel del sueño y perturbaciones del sueño.— Según H. Gastaut y cols., el terror nocturno es un fenómeno aberrante del sueño profundo que aparece durante las fases electroencefalográficas más lentas del sueño más profundo y se acompaña de una intensa reacción electroencefalográfica de despertar; lo mismo ocurre con la pesadilla, en el sentido que la entiende este autor. El sonambulismo aparece durante el sueño electroencefalográfico más lento (fases III y sobre todo IV), y se acompaña de un aligeramiento importante y prolongado de la fase hipócnica en curso que, por ejemplo pasa a la fase I A, y no desemboca en un despertar espontáneo. Por lo tanto, ni uno ni otro de estos fenómenos dependen del sueño. Por lo que respecta a ciertos fenómenos epilépticos nocturnos (episodios psicomotores con conducta aterrorizada o deambulación automática y pérdidas de orina que excepcionalmente pueden acompañar a una crisis epiléptica nocturna), pueden diferenciarse fácilmente de la pesadilla, terror nocturno, enuresis, sonambulismo, que nunca son epilépticos, gracias al contenido clínico y electroencefalográfico. Según las investigaciones de estos mismos autores, el sueño es uno de los activadores de las descargas epilépticas críticas, pero puede ser un activador especialmente eficaz de las descargas epilépticas intercríticas; de todas maneras hay que saber que, desde el punto de vista práctico, la activación hipócnica no es más específica que las otras formas de activación normalmente utilizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abe, K. y Shimakawa, M. — Predisposition to sleep-walking. *Psychiat. Neurol.*, 1966, 152, 306-312. Basilea.
- Abe, K. y Shimakawa, M. — Genetic and developmental aspects of sleep-talking and teeth-grinding. *Acta pedopsychiatrica*, 1966, 33, 339-344.
- Ames, L. B. — Sleep and dreams in childhood. En *Problems of sleep and dream in children*, 6-29 (International series of monographs on child Psychiatry, 2). Editado

- por E. Harms, Publ. Pergamon Press, 1964.
- André-Balissaux, C. y Gonsette, R. — L'électroencéphalographie dans le somnambulisme et sa valeur pour l'établissement d'un diagnostic étiologique. *Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 1956, 56, 270-281.
- Anthony, J. — An experimental approach to the psychopathology of childhood: sleep disturbance. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1959, 32, 19.

Arkin, A. M. — Sleep-talking. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, 143, 101-122.

Bourguignon, A. — Neurophysiologie du rêve et théorie psychanalytique. *Psychiat. Enfant*, 1968, 11/1, 1-69.

Cadilhac, J., Vlahovitch, B. y Delange-Walter. — Considérations sur les modifications des décharges épileptiques au cours de la période des mouvements oculaires. En *Le sommeil de nuit normal et pathologique. Etudes électroencéphalographiques*, 2, 275-282. Masson et Cie, edit., Paris, 1965.

Daniels, L. E. — *Narcolepsy*. *Médecine* (Baltimore), 1954, 13, 1-122.

Debré, R. y Doumic, A. — *Le sommeil de l'enfant avant trois ans*. P.U.F., Paris, 1959.

Dement, W. y Kleitman, N. — Cyclic variation in E.E.G. during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1957, 9, 973.

Fain, M. — Véase *Discussion L. Kreissler*.

Federn, P. — Ego feeling in dreams. *Psychoanal. Quart.*, 1932, 1 (citado por Lewin, 1946).

Fisher, C., Byrne, J., Edwards, A., y Kahn, E. — Étude psycho-physiologique des cauchemars. *Rev. Méd. Psychosom. psychol. méd.*, 1971, 1/13, 7-29.

Foulkes, D. — Dream reports from different stages of sleep. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1962, 65, 14-25.

Foulkes, D. — Dreams of the male child: four case studies. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1967, 8, 81-97.

Foulkes, D., Larson, J. D., Swanson, M. A., y Rardin, M. — Two studies of childhood dreaming. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1969, 39/4, 627-643.

Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1965.

Gastaut, H., Batini, C., Fressy, J. Broughton, R., Tassinari, C. A. y Vittini, F. — Étude électroencéphalographique des phénomènes épisodiques épileptiques au cours du sommeil. En *Le sommeil de nuit normal et pathologique*. Masson et Cie, edit., Paris, 1965, 239-254.

Gastaut, H. — Les phénomènes actifs du sommeil (plus particulièrement le cauchemar et le rêve) en relation avec l'activité mentale hypnique. *Psychol. Méd.*, 1972, 4/3, 397-406.

Gesell, A. y Amatruda, C. — *L'embryologie du comportement*. P.U.F., Paris, 1952.

Gifford, S. — Sleep time and the early ego. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1960, 8, 5-42.

Goudenough, D. R., Shapiro, A., Holden, M. y Steinschreiber, L. — A comparison of dreamers and non-dreamers; eye movements, electroencephalograms and the recall of dreams. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1959, 59, 295.

Gressot, M. — Essai sur l'image eidétique et le problème de la vision. *Arch. suisses Neurol. et Psychiat.*, 1950, 66, 87-122.

Guilleminault, C. — En *Le sommeil*. *Rev. Neuro-psychiat.*, 1972, 20, 11, 12; n.º spécial.

Halberg, F. — Psychologic considerations underlying rhythmometry, with special reference to emotional illness, págs. 73-126. En *Symposium Bel-Air III, Cycles biologiques et psychiatrie* (bajo la dirección de J. de Ajuriaguerra), Masson et Cie, Georg et Cie, 1968.

Hellbrügge, Th. — Ontogenèse des rythmes circadiques chez l'enfant. En *Cycles biologiques et psychiatrie*: 159-185, Symposium Bel-Air, III, J. de Ajuriaguerra, Ginebra. Georg et Cie, Ginebra, Masson et Cie, edit., Paris, 1967.

Hirschberg, J. C. — Parental anxieties accompanying sleep disturbance in young children. *Bull. Menninger Clin.*, 1957, 21, 129-139.

Hurlock, E. B. y Burnstein, M. — The imaginary playmate, a questionnaire study. *J. Genet. Psychol.*, 1932, 41, 380.

Jenkins, R. L. — The psychopathic or antisocial personality. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 131, 318-334.

Jouvet, M. y Petre-Quadens, O. — Le sommeil paradoxal et le rêve chez les débiles mentaux. *Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 1966, 66, 116-122.

Jouvet, M. — Phylogenèse et ontogenèse du sommeil paradoxal: son organisation ultradienne. En *Cycles biologiques et psychiatrie*, págs. 185-203. Symposium Bel-Air III, J. de Ajuriaguerra, Ginebra; Georg et Cie, Ginebra; Masson et Cie, edit., Paris, 1967.

Kales, A., Jacobson, A., Paulson, M., Kales, J. y Walter, R. — Somnambulism: psychophysiological correlates. I. All-night E.E.G. studies. *Arch. gen. Psychiat.*, 1966, 14, 586-594.

Kales A., Paulson, M., Jacobson, A. y Kales, J. — Somnambulism: psychophysiological correlates. II. Psychiatric interviews, psychological testing, and discussion. *Arch. gen. Psychiat.*, 1966, 14, 595-604.

Klein, M. — *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., Paris, 1959.

Kleitman, N. — *Sleep and wakefulness*. University of Chicago Press, 1963.

Kreisler, L. — Insomnies précoces. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9, 138-156.

Kurth, E., Göhler, I. y Kanaape, H. H. — Untersuchungen über den Pavor nocturnus bei Kindern. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 1967, 17, 1-7.

Langworthy, O. R. y Betz, B. J. — Narcolepsy as a type of response to emotional conflicts. *Psychosom. Med.*, 1944, 6, 211-226.

Leonhard, K. — *Leyes y sentido de los sueños*. Edit. Alhambra, Madrid, 1958.

Leroy, E. B. — *Les visions du demi-sommeil*. Alcan, Paris, 1933.

Lewin, B. D. — Sleep, the mouth, and the dream screen. *Psychoanal. Quart.*, 1946, 15, 419-434.

Mack, J. E. — *Nightmares and human conflict*. Boston, Little Brown et C.º, 1970.

Lewin, B. D. — Reconsideration of the dream screen. *Psychoanal. Quart.*, 1953, 22, 174-199.

Lourie, R. S. — The role of rhythmic patterns in childhood. *Amer. Journ. Psychiat.*, 1949, 105, 653-660.

Mack, J. — Children's nightmares. *Intern. J. Psychoanal.*, 1965, 46, 403-428. Trad. francesa, *Psychiat. Enfant*, 9/2, 533-582.

McKellar, P. — Thinking, remembering and imagining, págs. 170-191. En *Modern Perspectives in Child Psychiatry*. Howells, J. G., dir., 1965.

Marchand, L. y Ajuriaguerra, J. de. — *Epilepsies. Leurs formes cliniques. Leurs traitements*. Desclée de Brouwer, 1948.

Marquis, D. P. — A study of activity and postures in infant's sleep. *J. Genet. Psychol.*, 1933, 42, 51-69.

Martin du Pan, R. — Étude sur le sommeil au moyen de l'actographie. Appréciation d'un sédatif: le méprocalm. *Praxis*, 1960, 49/30, 720-728.

Michaux, L. y Berges, J. — Étude sémiologique des phénomènes hypnagogiques de l'enfant. *Rev. Neuro-Psych. Inf.*, 1960, 12, 443-456.

Moore, T. y Ucko, L. E. — Night waking in early infancy. *Arch. Dis. Childhood*, 1957, 32, 333-342.

Muller, C. — Somnambulisme et somniloquie. *Praxis*, 1970, 59/26, 966-969.

Nadler, S. C. — Bruxism a classification: critical review. *J. Amer. Dent. Ass.*, 1957, 54, 615-622.

Nagera, H. — Sleep and its disturbances approached developmentally. *Psychoanal. study child.*, 1966, 21, 393-447.

Parnelee, A. H. jr., Wenner, W. H., Akiyama, Y., Schultz, M. y Stern, E. — Sleep states in premature infants. *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1967, 9, 70-77.

Passouant, P., Cadilhac, J., Delange, M., Callmand, M. y El Kassabgui, M. — Age et sommeil de nuit, variation électroclinique du sommeil, de la naissance à l'extrême vieillesse. En *Le sommeil de nuit normal et pathologique. Etudes électroencéphalographiques*, págs. 87-115, Masson et Cie, edit., Paris, 1965.

Pesikoff, R. B., y Davis, P. C. — Treatment of pavor nocturnus and somnambulism in children. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128/6, 778-781.

Petre-Quadens, O. — Ontogenèse du rêve et chez le nouveau-né humain. En *Rêve et conscience*, bajo la dirección de Pierre Wertheimer, 109-121. P.U.F., Paris, 1968.

Piaget, J. — *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, edit., Neuchâtel, 1964.

Schachter, M. — Rhythmic patterns of sleep rocking in children (jactatio capitis nocturna). En *Problems of sleep and dream in children*, 135-142. (International series of monographs on Child Psychiatry, 2), edit. por Ernest Harms, Publ. Pergamon, 1964.

Schwarzburg, S., 1957. — *Der Schlaf und die Behandlung der Schlafstörungen aus der Sicht der Laien. Thèse, Freiburg im Breisgau*, 1957.

Soulé, M. — Véase *Discussion L. Kreissler*.

Sours, J. A. — Narcolepsy and other disturbances in the sleep-waking rhythm: a study of 115 cases with review of the literature. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963, 137, 525-542.

Sperling, M. — Sleep disturbances in children. En *Modern perspectives in international child psychiatry*, Howells, J. G., dir.; Oliver et Boyd, Edimburgo, 1969, 418-454.

Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.

Tissot, R. — Quelques particularités du sommeil paradoxal de l'homme. *Bull. schweiz. Akad. med. Wiss.*, 1965, 21, 23-42.

Vogl, M. — Sleep disturbances of neurotic children. En *International series of mono-*

- graphies on Child Psychiatry*, edit. por E. Harms, 1964, vol. 2: *Problems of sleep and dream in children*, 123-134.
- Winnicott, D. W. — Psychosomatic illness in its positive and negative aspects. *Int. J. Psychoanal.*, 1956, 47, 510-516.
- Yoss, R. E. y Daly, D. D. — Criteria for the diagnosis of the narcoleptic syndrome. *Proc. Mayo Clin.*, 1957, 32, 320.
- **
- Rêve et conscience*. Bajo la dirección de Pierre Wertheimer, París, P.U.F., 1968.
- Le sommeil*. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1972, 20, 11-12, 815-885.

CAPÍTULO VII

LA ESFERA OROALIMENTICIA (SU ORGANIZACIÓN Y ALTERACIONES)

I. — BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS

Las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente labios, mucosas intrabucuales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa. El homúnculo de Penfield nos indica la importancia de su representación frente a zonas relacionadas con otras partes del cuerpo.

La actividad motora de la zona del orificio y circundantes, así como la sensibilidad de sus mucosas dependen de la región bulboprotuberancial, de los nervios facial, hipogloso y trigémico.

Entre la representación cortical y la periférica existen sistemas intermedios de capital importancia para la alimentación oral. Los más recientes experimentos señalan la importancia de las regiones hipotalámicas y rinencefálicas. Se han observado importantísimas alteraciones de la actividad oral tras practicar una ablación lateral en el rinencéfalo en regiones que interesan los núcleos de las amígdalas, la corteza piriforme y el sector rostral del hipocampo (H. Klüver y P. C. Bucy, L. Schreiner y A. Kling, J. D. Green). Estos fenómenos se observan en el gato y en el perro.

Los gatos privados de rinencéfalo y estudiados por L. Schreiner y A. Kling muestran importantes cambios en su conducta. Se sienten muy atraídos por cuantos objetos —animados o inanimados, agradables o peligrosos— caen en su campo visual. Se aproximan lentamente a los más diversos objetos, los observan atentamente, los huelen y exploran reiteradamente con las patas y la boca, pero en seguida se desinteresan; van de uno a otro como a empujones. Buscan el contacto físico directo con otros animales, incluso de especies diferentes, y con el observador.

Experimentando la excitación eléctrica y química de la región de las amígdalas (P. D. McLean y J. M. Delgado, H. Gastaut y otros varios autores) provocan complejas series de automatismos oroe-mocionales y oroalimenticios (movimientos rítmicos de lamido, masticación, deglución o regurgitación de husmeamiento). Van acompañados dichos actos de fenómenos de vocalización, de reacciones orientatorias y de una conducta que recuerda el ataque y la defensa.

Los estímulos eléctricos subcorticales de W. R. Hess ocasionan en el gato automatismos artificiales bastante parecidos a los actos observados al estimular las amígdalas. Estimulando las áreas septales y la región hipotalámica anterior se logra que el animal "huela", cosa que recuerda la búsqueda de alimento. Estimulando el núcleo talámico ventromediano, la región septal y las regiones anteriores del tálamo se produce la "regurgitación". Estimulando la zona comprendida entre el hipotálamo posterior (cuerpo mamilar-fórnix) hasta el tegmento mesencefálico se producen "reacciones iterativas de morder y gruñir" (bulimia de Hess), actos que recuerdan el fenómeno de *oral compulsive behavior*, que aparece tras la ablación de ambas amígdalas.

Parece observarse alteraciones en la acción oral animal en focos muy localizados que interesan la región de las amígdalas y la zona septal e hipotalámica posterior. De paso interesa subrayar que los estudios electrofisiológicos de P. Gloor localizan ambos "campos de proyección primaria" de la amígdala en las zonas septales y a la altura del tegmentum mesencefálico.

La experimentación animal ha permitido observar alteraciones de la conducta que obedecen a dos tipos de fenómenos: automatismos oroalimenticios con rítmicos movimientos de lamido, masticación de deglución por una parte, y por otra, con una manera de tratar de conocer los objetos que constituye una relación oral. Tal investigación no es una simple reacción de orientación; a veces va acompañada de una instintiva reacción de apropiación y destrucción del objeto cuya naturaleza no siempre es específica.

II. — ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento (W. T. Preyer, André-Thomas). La misma lengua se mueve hacia el excitante. Colocando azúcar en éste, se provocarán movimientos prolongados, el orificio bucal se estrechará y la succión será más intensa.

Se ha hablado de una especie de reacción imantatoria por parte del excitante. Este fenómeno, llamado por Preyer "reflejo de búsqueda" y por otros "reflejo focalizador", lo ha denominado André-Thomas la *prueba de los puntos cardinales*.

El mecanismo de la succión y acciones oroalimenticias puede darse sin corteza, sin rinencéfalo y sin hipotálamo. Juntamente con P. Bonis, hemos tenido la ocasión de observar uno de estos casos, lo examinamos anatómicamente y comprobamos que sus mecanismos se conservaban perfectamente. El examen nos mostró que había desaparecido por completo la sustancia blanca, que existía igualmente una corteza laminar, un rinencéfalo y un mesencéfalo aparentemente desconectados de todo el sistema nervioso, con una protuberancia intacta.

André-Thomas, J. M. Nielsen y R. P. Sedgwick indican que los anencéfalos pueden mostrar mecanismos de succión. El anencéfalo protuberancial que estudiamos conjuntamente con André-Thomas tenía el reflejo succionador, pero no el de orientación. Conviene advertir que no todos los anencéfalos se presentan idénticamente; algunos moverán la lengua, con movimientos de succión y responderán a la prueba de los puntos cardinales; otros moverán la lengua y harán intentos de succionar, y los últimos sólo harán movimientos con la lengua.

L. Margaillan-Fiammengo describe varias fases de la deglución y diferencia dos tipos de mecanismos: el de deglución mamando del pecho en el que, de la lengua, efectúa el vacío bucal y el de la deglución con biberón, en la que la ausencia de oclusión impide el vacío bucal. Existen modificaciones de este mecanismo con el tiempo, especialmente en un determinado período del crecimiento dentario. En algunos niños describe costumbres orarcaicas.

Por consiguiente, desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación.

Como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una auténtica relación objetual. La madre aún no es objeto amado (dice R. Laforgue), sino una dependencia infantil; es "la madre-alimento". Esta reacción no tiene carácter específico. Parece ser una simple respuesta a diversos estímulos, al contacto con los dedos, con el pecho, etc. Una vez tocado el seno, tiende a obrar por repetición. Con todo, hay que señalar que el niño reacciona más cuando tiene hambre que cuando está saciado.

Desde este momento, como señala R. Spitz, la conducta infantil ante el pecho materno pasa por diversas fases:

— A los ocho días el niño responde a señales que son las de la sensibilidad profunda y del equilibrio. Al cogerlo en brazos para tetar vuelve la cabeza hacia el pecho de la persona —tanto da que sea hombre como mujer— que le tiene en brazos. No ocurre así colocándolo en posición vertical. Así sucede con los niños de nuestra civilización occidental. Quizá los niños de Bali que maman de pie giran la cabeza al ponerlos de pie, y no —como los occidentales—, en posición horizontal.

— Hasta el segundo mes de vida el niño sólo conoce la señal de la comida cuando tiene hambre.

— Cuando va a cumplir los tres meses reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca al llorar porque tiene hambre. Deja de gimotear, abre la boca y adelanta los labios, cosa que sólo hace cuando está esperando mamar. En ese momento responde a un estímulo externo, en función de una simple percepción interoceptiva nacida por un impulso inhabitual.

Poco después el niño fijará ya su mirada en los ojos maternos mientras mama. El objeto que le satisface y la persona que le consigue su satisfacción están íntimamente unidos.

— Hacia los tres meses el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión.

A. Freud distingue dos satisfacciones distintas: la satisfacción de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. En cuanto al hambre, en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. Posteriormente la búsqueda de satisfacciones comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer. En la fase objetual llevará a su afecto hacia la madre que le proporciona el alimento. A partir del segundo año distinguirá entre su madre y el alimento, aun cuando subconscientemente subsista esta relación.

La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

En el animal las fauces tienen una doble función: nutritiva por una parte, de presa y manejo por otra. La succión infantil de contacto-apropiación, bloqueada como está por su inmadurez de movimientos, es una forma primitiva de relación con el mundo exterior, que contiene los primeros lineamientos de procesos investigatorios. Durante un tiempo la boca será el único medio de apropiarse los objetos. Contribuye a un elementalísimo conocimiento del cuerpo (el dedo o el pie en la boca). Ese inicio del conocimiento se completará al captar visual o táctilmente el mundo externo, cuando ya le sea posible localizar un cuerpo fuera de su propio cuerpo.

El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer. El niño descubre que la excitación de la boca y los labios le place, aunque no vaya acompañada de comida. El hecho de chupar el pulgar muestra que el niño hace funcionar el automatismo succionador para lograr un placer cuando no tiene a su alcance el seno materno.

Los psicoanalistas consideran la boca como una zona erógena, y la succión como un acto autoerótico. Después, al componente autoerótico se viene a añadir el ansia de apropiarse de los objetos. En las personas el niño no ve sino un alimento o una fuente de alimento, y en sus imaginaciones se ve unido a la fuente de alimento al comerlo o incorporarlo, haciendo del objeto una parte de sí mismo. E. Pichon niega el autoerotismo de la actividad oral, que denomina fase de edonismo anerótico.

Un escritor bien ajeno al psicoanálisis, Marcel Pagnol, cuenta en sus recuerdos infantiles sus sentimientos y los de su hermano al nacerles una hermanita: "En un primer momento la criaturita nos pareció un ser totalmente extraño; además, vimos que nuestra madre le daba el pecho, cosa que me chocaba y atemorizaba a Paul, que decía: "Cuatro veces al día se nos la come".

En ciertas religiones el individuo se asemeja al objeto que ha comido (O. Fenichel), cosa que es una de las razones de ser del canibalismo. Se produce la unión con un objeto al incorporarlo. La introducción oral es también la realización de una elemental identificación.

K. Abraham divide el período oral en dos fases:

— Una fase preambivalente en la que subjetivamente todavía no existe el objeto, en que únicamente se busca el placer de la succión.

— Y una fase ambivalente posterior a la salida de los dientes, cuyo objetivo será morder los objetos. El deseo de herir o morder los objetos se denominará sadismo oral, frente al anterior erotismo oral.

M. Klein cree que desde nada más nacer se conoce inconscientemente el pecho, tal vez considerado como una herencia filogenética. El recién nacido percibe inconscientemente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que se puede lograr el máximo bien, y que ese objeto es el pecho materno. Es acertado suponer que los impulsos del bebé, unidos a las sensaciones orales, le orientan hacia el pecho materno porque el objeto de los más elementales deseos impulsivos es el seno, y su finalidad, llegar a mamarlo. Desde la primera experiencia habida en la alimentación, el hecho de perder y recuperar el objeto querido (el pecho "bueno") será fundamental en la vida emocional del niño, quien agradecerá tanto el objeto que proporciona el alimento como el alimento mismo. En cuanto dador de algo agradable, será amado y considerado como "bueno", y en cuanto frustración será odiado y considerado como "malo". La manifiesta dualidad entre pecho "bueno" y pecho "malo" tiene por origen en parte la no integración del Yo y su entrecruzamiento dentro del Yo y en su relación con el objeto. Existen fundadas razones para suponer que incluso en los tres o cuatro primeros meses de vida el objeto "bueno" y el "malo" todavía no son muy claros en la mente infantil. En ambos aspectos, el pecho de la madre parece identificarse para él con la presencia corporal de la madre, y a partir del primer estadio la relación del niño con ella como persona se va construyendo gradualmente. Toda una serie de procesos intrapsíquicos, introyección y proyección muy especialmente, contribuyen a crear una doble relación con el primitivo objeto; el bebé proyecta sus impulsos amorosos y los atribuye al seno gratificado (el pecho bueno) al igual que proyecta al exterior los impulsos destructivos y los atribuye al pecho frustrador (el pecho malo). Al mismo tiempo por introyección y proyección se crea internamente un pecho "bueno" y uno "malo". El pecho "bueno" interno y externo se convierte en prototipo de todo lo amable y bienhechor, y el "malo" el de los objetos dañinos, tanto internos como externos. Cuando está libre de hambre y tensiones tal vez se produzca un perfecto equilibrio entre impulsos de la libido e impulsos agresivos. Se rompe el equilibrio cada vez que la privación viene a reforzar los impulsos agresivos, tanto si obedece a una causa interna como externa. La ruptura del equilibrio entre libido y agresividad origina lo que Melanie Klein llama "voracidad", fundamentalmente de carácter oral.

Muchos autores conceden gran interés al tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique, pues se acepta que la succión tiene un papel en las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras fantasmagorías.

Sería de una gran importancia llegar a saber si el niño obtiene ventaja de la lactancia materna en comparación con la lactancia con biberón. También existe reciprocidad tanto si el lactante es alimentado al pecho como si lo es con biberón, siempre que les sean dados por la madre o por otra persona de forma permanente. Ello implica, de hecho, problemas sociales: la alimentación al pecho, ¿es una servidumbre o es una necesidad?; es cierto que en la alimentación artificial también puede estar presente todo el ritual y la seguridad que comporta la lactancia o alimentación al pecho.

R. Davis y R. Ruiz, estudiando 80 adolescentes que tomaron el pecho, el biberón y alimento en taza o tuvieron una alimentación mixta, observaron que no existen diferencias en los diversos grupos en cuanto a desarrollo físico, al éxito social o al pleno desarrollo de la personalidad. En el perfil M. M. P. I. hallan un mayor porcentaje "patológico" en niños criados al pecho que en los alimentados con taza. A nuestro entender, estudios estadísticos como los de R. Davis y R. Ruiz no lograrán quebrantar opiniones fundadas en otras bases.

Para S. Freud, la base filogenética tiene mucha más importancia que la experiencia personal y la diferencia entre el niño que realmente ha mamado del pecho y el que se ha criado con biberón no es muy grande, pero es posible que en el segundo caso la nostalgia del pecho sea mayor. Como dice M. Klein, S. Freud considera, por lo tanto, que la falta de experiencia de amamantamiento con el pecho es sentida como una privación. Pero, dice M. Klein, la introyección del pecho "bueno" (de la madre buena) no es en absoluto la misma para los niños alimentados con pecho que para los otros. Para B. Bettelheim, el amamantamiento artificial puede favorecer la relación mutua casi tanto como el amamantamiento con el pecho, con la condición de que la cultura favorezca dicha relación.

La noción de "destete" permanece ambigua tanto si hace referencia al paso de la alimentación al pecho, a la alimentación con biberón, como si se refiere al paso de la alimentación al pecho o con biberón a la alimentación sólida.

A. Freud señala que los rechazos alimenticios del destete se manifestarán como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como un no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce el fenómeno contrario, bulimia y temor de tener hambre.

M. Klein considera que en el destete se tiene la impresión de haber perdido el anterior objeto amado, por lo que aumentan el temor de ser objeto de persecución y la angustia depresiva.

De dichas observaciones se puede deducir que el comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil. Algunos autores son partidarios de inscribir dicha conducta en un más amplio conjunto organizador. D. W. Winnicott y Ph. Greenacre insisten en los cuidados corporales, en la organización motora y en el esquema corporal con preferencia a la conducta oroalimenticia.

J. Bowlby, basándose en la observación del niño y de los animales, sostiene que en la formación de las relaciones objetales desempeñan un importante papel factores distintos del oral. Cree que el niño dispone, al igual que los animalitos, de varios sistemas de relación. Por ejemplo, el hecho de poder aferrarse y seguir al objeto le hace unirse en un primer momento a cualquiera que haga las funciones de madre, y después a un personaje cualquiera. J. Bowlby sostiene que cuando el niño es incapaz de agarrarse y seguir, el chupeteo y el exceso en la comida se desarrollan como actos no simbólicos, fuera del contexto. Ha observado que los pequeños macacos y chimpancés criados sin contacto con la madre tienen un gran chupeteo autoerótico. H. Nissen cuenta que en Orange Park los bebés chimpancés criados por la madre no se chupan el dedo una vez cumplido el mes, mientras que lo hacen el 80% de los que se crían sin la madre. Las hembras rhesus adultas de H. F. Harlow, que al nacer fueron separadas de la madre, se chupetean sus propias mamas, y los machos su propio pene. J. Bowlby se pregunta si no pueden considerarse tales hechos como síntomas orales resultantes de la ruptura de relación con la figura materna, dado el aparente carácter infrasimbólico del proceso.

I. — NECESIDADES E IMPULSOS ELEMENTALES

No nos corresponde abordar aquí el problema del hambre fisiológica propiamente dicha.

Indicaremos simplemente que la teoría de W. B. Cannon, según la cual el hambre está en relación con contracciones gástricas se contradice con determinados datos fisiológicos. El seccionar los nervios que parten del tubo digestivo no suprime el hambre ni impide sentirla. El hambre no depende de un fenómeno localizado. Como señala Boring, la sequedad de la boca, las contracciones estomacales, son los primeros elementos en la cadena de estímulo-respuesta para satisfacer la necesidad. Hay auténticas influencias endocrinas y metabólicas; es fundamental la influencia del sistema nervioso. Los estudios de S. W. Ranson y otros, han mostrado que la destrucción del hipotálamo posterior produce hiperfagia. En el nivel cortical, también son conocidas las bulimias ocasionadas por lesión del lóbulo frontal. No queremos insistir en el interesante fenómeno que es el del hambre selectiva, o elección propia de algunos animales que escogen el alimento apropiado, azúcar por ejemplo, o incluso sustancias ricas en calcio, fósforo y sodio. Sabemos del consumo de sal al extirparse las suprarrenales; igualmente, de la especial apetencia por sustancias ricas en calcio y la repulsa del fósforo por parte de animales sin paratiroides. El animal pancreatectomizado tiende a tomar menos azúcar y más alimentos grasos. En el trabajo de J. Magnen (1973), podrá encontrarse una revisión de nuestros actuales conocimientos sobre la neurofisiología del hambre.

Se considera que tanto el niño como el animal recién nacido poseen desde el primer momento los elementos necesarios para comportarse de una manera determinada ante el alimento. Son de dos tipos: unos instintivos, naturales y no condicionados, y otros adquiridos, dados por la educación y condicionados.

Habría que distinguir hambre y apetito. El hambre (R. Debré y otros) es un estado somático provocado por la privación de alimento y que desaparece por la ingestión de comida. Puede ir unida a la libre privación de un alimento especial y saciarse al tomarlo. El apetito es un estado consciente caracterizado por el deseo de comer, estrechamente condicionado por una experiencia anterior y provocado por el gusto de una comida concreta. La regulación nerviosa de la sed se efectúa en un centro hipotalámico. La lesión de este centro produce la diabetes insípida.

Al igual que existe un hambre electiva, existe también una multiforme sed electiva, según demuestran R. Debré y otros. Algunos recién nacidos gravemente deshidratados parecen no querer tomar líquido por la boca; en realidad se les puede rehidratar fácilmente por dicho conducto eligiendo cuidadosamente la solución. Vemos recién nacidos que tienden a coger soluciones puras de cloruro sódico, bicarbonato sódico, glucosa e incluso lactato potásico, que parecen guardar una relación con las alteraciones del equilibrio iónico del plasma sanguíneo.

C. Davis hizo una interesante experiencia (sobre una base de 36.000 comidas libres), demostrando que el pequeño, una vez destetado, sabe elegir un régimen perfectamente equilibrado. Se les estudia un tiempo en su actitud hacia alimentos simples. De este modo se advierte que inicialmente sus gustos se limitan a dos o tres alimentos, para hacerse más amplios con el tiempo y finalmente llegan a un perfecto equilibrio de hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, sales minerales, etc. La elección de sus alimentos es la expresión directa de sus necesidades.

II. — EL CARÁCTER ORAL Y LA VIDA DE RELACIÓN

Dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, darle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no sólo por el pecho que da, sino por su actitud. Las mejores madres son las mejores nodrizas. En el tetar el niño

halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico. Todas sus ansias son satisfechas, y son inseparables. No sólo se le satisface su hambre, sino todas sus necesidades. En el primer semestre se le suele dar de comer con excesiva rigidez, con horarios fijos y con raciones de igual cantidad. Psicofisiológicamente, hacerlo así tiene consecuencias nefastas: se le fuerza cuando no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más necesita. El destete se hace al correr del segundo semestre, y puede constituir un grave trauma tanto para la madre como para el niño. Entre ambos se produce una ruptura cuando el niño todavía no está maduro. Durante el destete o al disminuir el número de comidas es cuando el niño comienza a chuparse el dedo. Cuando ya tiene bastante capacidad de movimientos como para desear comer solo, a veces la madre le impone unas normas sociales excesivamente rígidas. El niño que comienza la adaptación a la sociedad utiliza la comida como medio de cambio; la madre hace uso de todas las artimañas para hacerle comer, y el niño para hacerse rogar. Cuando la madre tiene prisa lo atiborra, y también existen esas interminables comidas de madres ansiosas, que temen que su niño esté mal alimentado. A veces se producen consecutivas reprimendas y felicitaciones.

Las primeras formas de relaciones madre-hijo van íntimamente unidas a actos de comer, como muy bien señala M. Soulé. El placer narcisista que a ciertas madres les produce el verlo comer sin complicación, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechos, puede modificar favorablemente la relación inicial; el niño gordito y tragón la alivia, la libera de culpas y le confiere un nuevo valor al ofrecérsele esa función materna que siempre temiera no ser capaz de desempeñar. El que es poco comedor desespera a la madre ansiosa, y acarrea la agresividad de una madre inconscientemente hostil. Los problemas de dar el pecho todavía son más complejos. Las sensaciones libidinales de las tetadas confrontan a las madres con sus instintos y son origen de conflictos o de aceptadas complacencias. El pequeño que come ávidamente y con gusto le quitará a la madre el convencimiento de sentir culpables sensaciones de la libido, mientras que cuando el bebé rechaza el alimento, la deja sola sin pretexto para su erotismo y la obliga a defenderse con mecanismos fóbicos. Pueden producirse otras eventualidades, como dejar al niño con gran avidez oral, porque la madre teme originar una glotonería o un temprano desenfreno del instinto; también habrá madres que se tranquilizan ante su niño que es un enclenque, pues, a su vez, requiere muchos cuidados, y al que hay que excitarle el apetito, con lo que la madre puede identificarse con su niño, dado que manifiesta una mínima avidez instintiva o gran circunspección ante sus instintos (M. Soulé).

La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlo a cabo se siente como una obligación, y su aceptación es un regalo para los padres. El comer significa varias cosas: alimentarse, sentir un placer, un acto cuya finalidad última es crecer. En el niño muy pequeño puede tener un arcaico sentido antropofágico, y en el recién nacido valor simbiótico. Es interesante hacer constar cómo en algunas civilizaciones primitivas la función incorporativa tiene un valor social y equivale a un cambio de fuerza y a una reducción del peligro.

En conjunto, son las madres hiperansiosas, superprotectoras o rígidas quienes modelan paradójicamente la personalidad de su prole al alimentarlos inadecuadamente.

III. — LOS HÁBITOS ORALES

Ciertas experimentaciones aportadas por G. S. Blum sugieren la existencia de una pulsión a mamar que actuaría independientemente del proceso de la nutrición. Leslie aporta unas comprobaciones relacionadas con este asunto; los niños que debido a una retirada precoz del pecho o del biberón, sólo han podido mamar durante poco tiempo, son los que más frecuentemente chupan su pulgar. En su clásica experiencia sobre perritos, subraya que los que se alimentan con biberones con un agujero grande (que comen rápidamente) maman y mastican con más avidez en las comidas que los que comen lentamente y que los cachorros que son alimentados con el pecho. K. E. Roberts también ha observado que los niños que chupan más su pulgar habían mamado menos que los otros durante la crianza.

Las actividades de succión son las actividades motrices orales más importantes. Se puede tratar de la succión del pulgar, de la succión de los dedos, de la succión de la parte dorsal de la mano, etc., o también de la succión de objetos exteriores: baberos, dobladillos, trapos, etc. Las distintas formas de chupeteo, y su carácter erótico fueron descritas con una rica iconografía, por S. Lindner en 1879. La succión es muy frecuente. Normalmente decrece con la edad y es importante hasta el segundo año. Según S. A. Shentoub y A. Soulairac, el 50% de los niños de 5 años chupan aún su pulgar; descubren una pequeña diferencia entre niños y niñas: los bebés del sexo masculino que chupan sus dedos son algo más numerosos, pero con el crecimiento lo dejan de hacer un poco antes que los del sexo femenino, adquiriendo otras costumbres. Como dice A. Gesell, el chupar el pulgar está relacionado con la noción de hambre. Al principio, el niño tiene dificultades para llevar su dedo a la boca; desde el tercer mes el movimiento se hace más fácil y el niño chupa su pulgar antes o después de la comida. Más tarde, después del cuarto mes, se chupa el dedo durante el día. Según D. M. Lévy, la persistencia de la succión del pulgar dependería de un insuficiente desarrollo (desde el punto de vista funcional) del movimiento de los labios durante la alimentación y de un número demasiado pequeño de mamadas, cuya regulación sería demasiado estricta.

Coincidimos con la opinión general al admitir que no existe un factor general; Orlansky ve este fenómeno en relación con la falta de succión (los niños desean tener un nuevo placer que les es negado), con una excesiva gratificación (los que quieren perpetuar o reconstruir el placer que se les ha dado), o con una succión totalmente normal. La succión infantil se produce en diversas situaciones, como descarga de tensión o como placer rítmico (véanse cólicos idiopáticos). La succión de la lengua es un fenómeno más raro y se da preferentemente en los retrasados, en los mongólicos, de manera especial.

El morderse los labios o una parte de la mano (fundamentalmente la eminencia hipotenar) equivale a una descarga psicomotriz que desaparecerá entre el año y el año y medio, menos en los retrasados, en quienes persiste frecuentemente.

L. Margailan-Fiammengo ha hecho una aportación importante al problema de la succión del pulgar y de las degluciones "de tipo arcaico"; expone los diferentes métodos de tratamiento, de corrección de las costumbres oro-arcaicas y da indicaciones para una aplicación del método sofrológico. En una revisión de las perturbaciones de la deglución en el lactante, R. S. Illingworth dice que un número importante de disfagias podrían, al parecer, deberse a un retraso madurativo neuromuscular; por un lado, distingue las principales anomalías anatómicas congénitas y, por el otro, las perturbaciones de origen neuromuscular.

III. — ALTERACIONES OROALIMENTICIAS

A. — ANOREXIA MENTAL

I. — ANOREXIA DEL RECIÉN NACIDO

La anorexia esencial precoz es relativamente rara. Podrá aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día. En opinión de J. Levesque, es la auténtica anorexia del recién nacido, muestra de una especial constitución neuropática. Se da en un terreno especial: en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre es más frecuente; aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia:

- la anorexia inerte, cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar;

- anorexia de oposición (J. Cathala), auténtico enfrentamiento. Reacciona de manera casi caracterial ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo comer, rechazo, vómitos, métodos de que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres. Entabla una auténtica lucha de la que saldrá parcialmente victorioso y el adulto siempre agotado.

Se entabla la relación madre-niño por vía oral, como rechazo o aceptación. La pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas de manifestar su personalidad en oposición al adulto; inicialmente su rechazo o su pasividad corresponderá a la manera de comportarse la madre (rigidez o complacencia excesivas, extrema ansiedad), preocupada por su alimentación, importantísimo problema de esos años. Al cabo de algún tiempo el niño se habrá acomodado a las costumbres de sus padres, que se podrán descompensar. Se crea un círculo vicioso en que algunos padres se dejan encerrar y tiranizar por el niño, mientras que otros reaccionan con una hostilidad que va en aumento, tiranizando al niño para vencer en la pugna.

Además de la reacción interrelacional correspondiente a la especial relación madre-hijo, probablemente existen también unos factores endógenos causas de disarmonía entre la conducta motora y la adaptativa, tanto en niños muy despiertos y precozmente adaptados a la sociedad, superando el desarrollo motor, como en niños inhibidos cuya adaptación social va muy retrasada con respecto a la conducta motora.

En el segundo semestre, L. Kreisler distingue dos tipos de anorexia:

- La anorexia simple, que al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interacción entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño en franca oposición.

Fundamentalmente es una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida del hambre o el apetito.

— La anorexia compleja, caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales. El niño manifiesta en su actuación que la comida no le interesa, y surge la pregunta de si no se habrá alterado el mecanismo del hambre. El anoréxico se distingue del niño que constitucionalmente es poco comedor en que el último lo manifiesta mucho antes.

Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre. Es raro que los bebés anoréxicos no se retrasen en aprender a regular el esfínter, no tengan el sueño alterado, no lloren espasmódicamente y no manifiesten en su comportamiento dificultades caracterológicas.

La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer: las condiciones en que se efectúa, horarios y número de comidas, cantidad de comida, ambiente en que ha de comer, etc. En cierto modo la comida del niño es un rito, ya que éste ha de estar parcialmente condicionado. Mas únicamente ha de tender a satisfacer las necesidades infantiles, y no la mentalidad posesiva de ciertas madres o las imperiosas exigencias de otras que organizan comidas precipitadas y atragantadoras.

Aparte de estos problemas psicodinámicos, no hay que olvidar la existencia de adelgazamientos de origen orgánico durante la primera infancia: síndrome de emaciación diencefálica de Russel por tumor en el hipotálamo; se ha observado en estos niños una discordancia entre la caquexia y el psiquismo —alerta, exuberante, a menudo eufórico, que se completa con una actividad motriz excesiva.

II. — ANOREXIA DE LA SEGUNDA INFANCIA

La anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar. Es o bien una oposición a la rigidez paterna (exigencias cuantitativas o cualitativas, un orden rígido en las comidas, obligación de mantener el mismo ritmo que los adultos), o bien un elegir caprichosamente la comida, con indicios fóbicos. La evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da lá pautas de la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro.

III. — ANOREXIA MENTAL ESENCIAL DE LAS ADOLESCENTES

1.º Cuadro clínico

En la segunda mitad del siglo XIX, E. C. Lasègue y W. Gull nos describen la anorexia mental esencial propia de las jovencitas. En 1873, E. C. Lasègue ofrece por primera vez la descripción magistral de lo que denominará "anorexia histerica". W. Gull, por su parte, separa anorexia mental e histeria y propone el aislamiento como medida terapéutica.

Desde esta época los trabajos sobre la anorexia mental han sido extraordinariamente numerosos. Han ampliado la cuestión desde el punto de vista descriptivo, nosográfico y etiopatogénico. De entre las publicaciones recientes citaremos las obras de M. Selvini-Palazzoli, de H. Thomä, de P. Dally, de C. V. Rowland, Jr., de

S. Theander, así como los estudios de H. Bruch y más recientemente la excelente obra de E. Kestenberg, J. Kestenberg y S. Decobert (1972).

La anorexia mental suele producirse hacia la pubertad o en la adolescencia en jóvenes que viven en un medio muy dominante; a veces serán muchachas extremadamente mimadas; en casos, hija única, y en general de un medio elevado. A veces, la anorexia es mucho más precoz, manías en la comida y enfermedades frecuentes en la infancia.

Las restricciones alimenticias comenzarán a raíz de un choque emocional o de evidentes conflictos psicológicos. Según L. I. Lesser, en el 45% de los casos la anorexia mental sobreviene tras un régimen adelgazante; en el 40%, tras una situación competitiva que no se ha sido capaz de resolver. Para J. Laboucaire y otros, no existe una clara relación cronológica en la mayor parte de casos entre el suceso y el origen de la anorexia, salvo en las llamadas formas reactivas.

La joven reduce su comida por diversas causas: al principio puede hacerlo por propia voluntad, prescindiendo de lo que no le gusta, o atendiendo a la cantidad. Se queja a veces de molestias digestivas, de estar embotada, con lo que pone en marcha su régimen adelgazante. Lo que menos le preocupa es lo que ha de comer, mientras que a los padres es precisamente lo que les preocupa, por lo que el problema de hacerla comer se torna en lo más importante para toda la familia, que tratará de presionarla.

La anoréxica mental minimiza la importancia de su anorexia; no siente hambre, pero insiste en que no le impide encontrarse bien. Parece ser verdad, ya que su actividad no disminuye, incluso puede aumentar, pero en realidad se comporta de una manera anómala. Está incómoda, a la defensiva, encerrada en sí misma, con superficiales relaciones sociales y eróticas, y poco a poco irán empeorándose las relaciones con la familia.

Si bien al principio reconoce privarse de comida, después negará la realidad de los hechos. Parece doblegarse ante las demandas familiares. Cuando tratan de presionarla reacciona disimulando muy calculadamente, arroja la comida, falsea su peso, vomita o hace sus comidas a escondidas, toma purgantes. Los horarios de comidas son irregulares, elige extrañas comidas, y el privarse de comida puede alternar con una bulimia.

Lo que en un primer momento podía pasar por negarse a comer pronto se convierte en una anorexia auténtica, ya que "el apetito entra comiendo". Lo que parecía un problema personal pronto se convierte en un problema de interrelación; lo que parecía tener algún sentido racionalmente pronto lo considerará la familia como un mecanismo de autodestrucción con componentes agresivos que ella misma no tardará en advertir; compasiva, se tornará intransigente, mientras que a la aparente pasividad sucederá una actitud hostil. La enfermedad será una lucha entre dos partes que a su vez no tardarán en quedar desbordadas por los acontecimientos; la anorexia es ya casi total y el adelgazamiento es extremadamente rápido. Si en un primer momento hay una ambigüedad entre las dos fuerzas, pronto se demuestra que el compromiso era un engaño; la familia y el médico, que durante meses y meses transigieron se ven forzados a tomar cartas en el asunto clínicamente. Pueden mantenerse durante algún tiempo la hiperactividad y la "satisfacción verdaderamente patológica" (E. C. Lasègue) del primer momento, mas con el tiempo, aparece una labilidad emocional y cierta apatía sobre un fondo de tristeza.

El síndrome psíquico va acompañado de un síndrome somático caracterizado por: un notable adelgazamiento, hay anoréxicas que llegan a perder la mitad de su peso, adelgazamiento que afecta a todo el cuerpo; la cara palidece, se hunden los ojos y la

cara, donde se forman arrugas; los pechos enflaquecen; tales jovencitas semejan mujeres de edad avanzada. Una amenorrea muchas veces primitiva se mantendrá mientras dure la enfermedad, hasta aumentar de peso: trastornos de la piel y de las faneras (se seca y se arruga la piel, se parte el cabello, las extremidades se enfrían y hay una cianosis muy notable); alteraciones digestivas (lengua saburral, constipación permanente, que no cede ante los laxantes): bradicardia e hipotensión arterial.

Los exámenes de laboratorio muestran un descenso del metabolismo de base, aumento del colesterol de la sangre, hipoglucemia y un aplanamiento de la curva hiperglucémica, aumento de la sensibilidad a la insulina y anemia con disminución del índice de hemoglobina. Hay insuficiencia ovárica con frotis vaginales atróficos y disminución de las células acidófilas. La eliminación de la F. S. H. disminuye en dos tercios. J. Decourt y J. P. Michard observan una notable disminución de todos los esteroides de origen gonádico y que se mantienen o aumentan los 17-cetosteroides. Para M. Bleuler, la eliminación de los 17-cetosteroides disminuye.

La representación que nos podemos hacer de la organización de la anoréxica es completamente distinta según se insista como han hecho un determinado número de autores clásicos sobre el problema de la caquexia o que por el contrario se admita que la ausencia de hambre es el fenómeno esencial. Es cierto que la caquexia es un síntoma capital en sí mismo, biológicamente hablando. Asimismo también es cierto que la falta de apetito puede presentarse en un momento de la evolución de la enfermedad, pero existe al principio una auténtica ausencia del deseo de alimentarse o las sensaciones de hambre se reprimen. Sabemos, efectivamente, que la anorexia mental puede ir emparejada con accesos de bulimia y que puede evidenciarse la existencia de fantasías alimenticias en las anoréxicas.

2.º Diagnóstico diferencial

Con el tiempo, las hipótesis patogénicas han ido evolucionando. Los primeros autores que aislaron el síndrome lo consideraron de origen mental.

En 1914 (tras la descripción por parte de M. Simmonds del síndrome que lleva su nombre y que se caracteriza por una progresiva caquexia de origen hipofisario), muchos autores creyeron que la anorexia mental tenía su origen en anteriores trastornos hipofisarios. Otros, al no hallar lesiones anatómicas, piensan en una incierta insuficiencia antehipofisaria. Otros creen que convenía buscar en las anorexias de tipo psíquico un substrato constitucional (debilidad hipofisaria) y un trastorno determinante (la prolongada infraalimentación).

Es indudable que en las anorexias mentales existe una sintomatología endocrina, aunque sea causada por el trastorno principal que viene a ser la falta de elementos nutritivos. La anorexia mental no mejora con tratamientos endocrinos o antehipofisarios especiales; puede modificarse separándolas del ambiente familiar mediante un tratamiento psicoterápico. La anorexia mental, por consiguiente, se opone a la enfermedad de Simmonds (caquexia por necrosis de la antehipófisis), al síndrome de Sheehan (caquexia por necrosis aguda de la antehipófisis, generalmente consecuencia de una isquemia), y a la poliesclerosis glandular de Faltà, aun cuando secundariamente abarque un fenómeno hipofisario irreversible en casos de prolongada no-alimentación.

También se ha propuesto una hipótesis hipotalámica. Son conocidos los adelgazamientos postencefálicos, los síndromes caquéticos subsiguientes a tumores del tercer ventrículo (en 1939 dimos cuenta de un caso juntamente con J. Lhermite,

T. de Martel y J. M. Guillaume). Ciertos autores, sin admitir una lesión del tercer ventrículo, suponen la existencia de cambios funcionales hipotalámicos que pudieran explicar en forma global el factor constitucional, los trastornos de necesidades alimenticias y el adelgazamiento.

3.º Etiopatogenia

También hay quien considera importantes la predisposición o ciertos componentes constitucionales. Muchos autores coinciden en señalar que la anorexia suele producirse en niñas de una especial constitución fisiológica: las de "morfología miniatura" (H. Baruk), de morfología de cariz ectomórfico (R. Debré), asténicas y longilíneas poseedoras del tipo leptosómico de E. Kretschmer (J. Carrier). Discutiendo el problema de la constitución somática, H. Thomä, considerando que hasta contraer la enfermedad los pacientes son normales en cuanto a talla, peso y aparición de las reglas, piensa que en ellas no existe un hipogonadismo constitucional básico.

Numerosos autores señalan la rareza de la anorexia mental en los antecedentes familiares y especialmente que la madre de la enferma la haya sufrido es excepcional. Raramente las hermanas de la enferma son anoréxicas mentales, no obstante S. Theander cree encontrar en ellas un riesgo de morbilidad del 6,6%, en el cual la inducción parece desempeñar un papel importante. Según M. Selvini-Palazzoli, una hermana puede copiar el síntoma por razones dinámicas totalmente diferentes. Ciertos autores se han dedicado a estudiar la situación de la anoréxica dentro del grupo de los hermanos (J. Laboucaré y cols., A. Crémieux y M. Dongier); en un 50% de los casos la anoréxica es hija única, en el 20% la mayor y en el 80% predominan las hijas con respecto a los hijos. Un aspecto especial es el de las gemelas monozigóticas: los casos aportados, en especial por H. Bruch, muestran una no-concordancia de la anorexia mental; la paciente es la gemela no dominante, y la enfermedad manifiesta aparece cuando la co-gemela establece su independencia y su separación. S. Theander (1970) informa de la existencia de un pequeño número de casos concordantes en la literatura.

La mayoría de los autores han aislado la "anorexia mental" para subrayar que su punto de partida es un trastorno psicopatológico.

Durante largo tiempo se ha considerado que la anorexia mental era un fenómeno de tipo histérico, sobre todo durante la larga época de J. Charcot. Sin embargo, a principios de siglo la mayoría de los autores la separan de la gran neurosis o bien suponen la existencia de una anorexia histérica distinta de la anorexia mental. De hecho, en este síndrome existen pocos estigmas de tipo histérico. La ingeniosidad, los fraudes, las confesiones falsas de la anoréxica mental no son suficientes para establecer el diagnóstico de histeria, ya que muchas veces no son más que la consecuencia necesaria de la lucha con los padres, y se pueden encontrar en todo tipo de organización mental anoréxica. Por otra parte, si se utiliza el concepto de pitiatismo de Babinski hay que reconocer que el síntoma anoréxico no es, como los otros síntomas pitiatícos, fácilmente reducible por la persuasión.

A partir de aquí el problema se ha complicado: unos han aceptado una etiopatogenia unívoca, ya neurótica, ya psicótica, o el concepto de psicosis de órgano (H. Meng) de defensa extrema contra la psicosis (M. Selvini-Palazzoli), o también de una enfermedad psicósomática especial (E. Kestenberg). Pero por muy próxima que esté y por más que se parezca en ciertos aspectos a estas distintas entidades clínicas,

dice E. Kestenberg, sus diferencias con ellas son mucho mayores, y consta de una serie de cualidades específicas que los conocimientos teóricos que poseemos sobre esas entidades no consiguen explicar o sólo pueden hacerlo deficientemente.

Otros autores consideran que pueden abocar a un síndrome anoréxico personas que presentan estructuras muy diferentes: obsesiva, fóbica (dismorfestesia o dismorfobia, véase pág. 355), histérica, prepsicótica (J. Carrier, J. Laboucarie y cols., K. Tolstrup, etc.), o de defensa frente a la psicosis. Las características que conlleva el aspecto nutritivo y la estructura que adquiere la anorexia misma responden quizás a unas patologías que no son necesariamente unívocas.

Otros describen formas "obsesivas", "histéricas" o de etiologías mixtas que podrían diferenciarse desde un punto de vista clínico relativamente conciso.

De hecho, el problema debe colocarse dentro del marco de la desorganización oroalimenticia en cuanto función-realización y de la utilización de las investiduras y las desinvestaduras de esta función. A veces responde a unas necesidades que son no sólo nutritivas, sino que se sitúan bajo el ángulo más general de las investiduras o desinvestaduras corporales. La anoréxica mental valora la alimentación o la vivencia corporal y el entorno desempeña un papel más o menos importante en la fijación del síndrome, según su actitud y el valor que se le otorga.

Según el trabajo de Ph. Bourgeois, de la interpretación del test de Rorschach, (según Fischer y Cleveland), y de la vivencia corporal de las anoréxicas, se desprende que estas pacientes presentan unos límites corporales desvaídos, mal definidos, frágiles y deformes, lo que las hace especialmente vulnerables; el resultado de ello es que los límites entre mundo interior y mundo exterior están mal definidos.

4.º Aspectos psicodinámicos

Las concepciones psicodinámicas han evolucionado con el tiempo, y a veces en un mismo autor. En los estudios actuales se ha pasado del impacto oroalimenticio a unos conceptos que están mucho más en la línea de la vivencia corporal.

La organización de la personalidad en la anoréxica mental no puede ser unívoca y la elección del síntoma puede tener un valor distinto, pudiendo manifestarse la personalidad a través de la vía oroalimenticia, que es elegida en un momento determinado del desarrollo de la personalidad.

Algunas muchachas desean adelgazarse para parecerse a un tipo ideal femenino, etéreo, romántico, como si el hecho de tener formas implicara el de ser deforme. Se puede tratar a veces de una reacción frente a una cierta obesidad adquirida por la madre en el período menopáusico, pero lo más frecuentemente su deseo de adelgazar esconde un rechazo de la feminidad, siendo su tipo ideal, el "plano" la mujer de nalgas planas y pechos casi inexistentes que rehuye la diferenciación sexual; mujer a la que se llama "feminista" cuando "masculinista" la definiría mejor según J. Damourette), ya que consigue cierta seguridad con esta ausencia de feminidad. Estas mujeres quieren que el hombre las escoja por lo que valen y no por lo que su cuerpo representa. Por otra parte en estos casos de restricción de alimentos existe una vivencia simultánea de castigo y de una cierta purificación.

En otros casos, el no alimentarse no depende del querer adelgazarse o del no querer desarrollarse, sino que está más bien relacionado con un simbolismo oral primitivo; se establece un tabú con ciertos alimentos y posteriormente se extiende a todo el conjunto. Muy frecuentemente el hecho de comer está ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia en una fecundación por la boca y por la comida,

como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica. Estos fantasmas serían por tanto, la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo o incluso confundiendo con el embarazo, debido éste a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha maniquea entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando "el comer" la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Es posible que estas dos últimas formas sean disociables, solo aparentemente y que respondan a diversos tipos de organización de la personalidad. Lo que aparentemente las hace hasta cierto punto comunes, es la reviviscencia, en la época de la adolescencia (época durante la cual las modificaciones morfológicas y el despertar sexual hacen posible la reviviscencia), de estructuras muy primitivas que hasta entonces habían estado compensadas.

Según H. Thomä, la pubertad le confiere a la enfermedad una nota especial; el aspecto y el síntoma dependerán de la calidad y cantidad del contenido inconsciente que amenaza al Yo, así como de la elección de mecanismos defensivos que entran en juego. Considera que el problema no radica en el instinto, sino en los impulsos. El comportamiento de las pacientes con su madre manifiesta plenamente una ambivalencia oral, ambivalencia deformada por mecanismos defensivos conducentes a una especial deformación del Yo, deformación que cabe atribuir a la regresión del Yo al estadio de satisfacción alucinatoria. Las anoréxicas apenas si parecen preocuparse de la destrucción de su propio cuerpo, como si pudieran vivir autárquicamente por sí mismas. Al depender pasivamente el Yo del hambre se producen reacciones defensivas, ya que el niño se da cuenta de estar dependiendo de la naturaleza de su propio cuerpo y de quienes le rodean. El anoréxico teme la fuerza de los impulsos y también a la realidad. El temor de satisfacer el apetito parece mayor que el de morir de hambre. Al convertirse la madurez sexual en realidad psíquica se produce una importante crisis intrapsíquica debido a la no concordancia entre el Yo ideal y el Yo corporal. Las representaciones del esquema corporal y del Yo ideal femenino se asemejan a las de un muchacho, y la contradicción entre el ansiado ideal y el hecho del desarrollo femenino hace que se tema el convertirse en persona adulta. Al deseo de ser un muchacho le sigue el deseo de ser pura y asexual; la anorexia es un autocastigo, y el hecho de disminuir la fuerza acarrea nuevos sentimientos de culpabilidad, y de ahí la necesidad de reaccionar con una febril hiperactividad. El anoréxico mental no sólo teme incorporarse por vía oral, sino incluso la proximidad emocional, la ternura, el contacto físico y cuanto significa tomar y recibir. El cuerpo es el objetivo de tendencias agresivas y eróticas a un tiempo, y las cualidades femeninas son incompatibles con el ideal del Yo. Un proceso parcial o un contenido inconsciente aislado podrá percibir toda la angustia, por ejemplo, desplazándose, la angustia que supone la fecundación, a la receptividad oral, lo cual es combatido por la anorexia. Para H. Thomä, la anorexia mental es la manifestación de un trastorno de los impulsos, y la ambivalencia oral es el origen de la sintomatología.

Para M. Selvini-Palazzoli, rechazar la satisfacción oral, el hambre, significa adquirir seguridad y poder, siendo sentida la satisfacción oral como incompatible con la necesidad de seguridad y de ser autónomo y poderoso; el cuerpo es algo inaceptable, culpable y concreto portador de la pasividad psíquica que siente la persona enferma. Debido a su sentimiento de impotencia, se siente incapaz de probar su poder en relaciones interpersonales, lo que le hace ocuparse plenamente en una relación intrapersonal con su propio cuerpo. Para ella la anorexia significa un entrenamiento que

le ha de permitir vencer e ir adquiriendo progresivamente el poder. El débil y deformado Ego de la anoréxica no sabe probar su autonomía en la realidad si no es en el conflicto con su mismo cuerpo. Para ella la autonomía equivale a una negación de la capacidad receptiva de su propio cuerpo. El desarrollo corporal de la pubertad, al revelar el estado del Yo, hace ver el cuerpo como enemigo, y el adelgazar manifiesta el sacrificio de la satisfacción oral para lograr seguridad y poder. También insiste M. Boos en el temor a la maduración del cuerpo femenino: un horror al cuerpo adulto, horror a llenar el cuerpo, asociado a un sentimiento de pecado y suciedad; no querer saber nada de la carne, ni de la propia ni de la ajena. Para M. Selvini-Palazzoli, por el contrario, la anoréxica mental no niega su cuerpo, sino que más bien trata de domarlo para valorarse a sí misma. En la lucha contra su propio cuerpo halla importantes satisfacciones: la falsa ilusión de controlar su propio Yo, la disminución del sentimiento de impotencia y de falta. Las personas anoréxicas no ven en los problemas erótico-sexuales un compromiso, una elección consciente. Por eso hay enfermas que los anulan o se muestran indiferentes. El impulso sexual se siente y se teme con mayor fuerza.

En opinión de H. Bruch, la anorexia mental responde a tres grados de trastornos psicológicos: perturbación del esquema corporal y del concepto corporal; modificación de la exacta percepción o de la interpretación cognitiva de los estímulos corporales, es decir, fracaso en la interpretación de signos interoceptivos indicativos de necesidad de satisfacerse; en general habrá que considerar la hiperactividad y la fatiga como expresión de la perturbación, a un tiempo conceptual y perceptiva, de la conciencia corporal; paralizador sentimiento de ineficacia: la anoréxica cree actuar únicamente en respuesta a la reacción ajena, a personas y situaciones, no por sí misma. Para H. Bruch, el problema radica en la comunicación a partir de una mala organización precoz.

Para E. y J. Kestemberg y S. Decobert, contrariamente a lo que podría pensarse *a priori*, la fantasmización es generalmente rica, fantasmas muy arcaicos a menudo megalomaniacos, pero una posición muy regresiva de lucha contra la dependencia bloquea las posibilidades asociativas y se manifiesta por el poco contacto que estas pacientes tienen con su propia historia que ha quedado desdibujada y por la casi imposibilidad de recordarla. El ideal del Yo está hipertrofiado; el Superyo se confunde mucho con el ideal del Yo arcaico. Si bien las catarsis libidinales son pobres, en cambio las catarsis narcisistas son masivas. Destaca en estos sujetos una ausencia de especificidad de las zonas erógenas. La oralidad a pesar de ser prevaleciente, no puede especificar una fijación de las zonas erógenas; vivida a través de un sentimiento de saturación, de repleción, se expresa con el asco o la necesidad de absorber para vaciarse, sin que el placer de la avidez y su ambivalencia pueda ser percibido, evocado o circunscrito. Las anoréxicas, por otra parte, se manifiestan como un tubo que representa todos los aparatos anatómicos reducidos a uno sólo y esta especie de maquinaria se interioriza; funcionan como con alegría, como autómatas y como un pensamiento, no como un ser humano que toma sus raíces de su cuerpo. La necesidad fundamental, vital —el hambre—, cuyo saciamento incompleto provoca un placer orgánico intenso, es llevada a su acmé (orgasmo del hambre) como si la perversión estuviese actuando en su nivel más profundo, el del instinto, aportando una satisfacción a la no-satisfacción. Es el masoquismo erógeno, portador de muerte, pero que toma de la libido su potencia erótica. La denegación bajo todas sus formas entreteje todas las relaciones, conscientes e inconscientes. Paralelamente a esta denegación, asistimos a una erotización extremadamente enmascarada del funcionamiento motor. El cuerpo es vivido, en su conjunto, como separado de las zonas erógenas y,

en su totalidad, es objeto y sujeto del deseo bajo la forma de una imagen idealizada. La erotización del hambre y la negación del cuerpo aparecen como la expresión del masoquismo primario y afirmación de inmortalidad. La configuración edípica aparece como difuminada y lo que prevalece económicamente es la imposibilidad de afrontar la angustia de castración. E. y J. Kestemberg, y S. Decobert concluyen su obra intentando "elaborar una formulación concisa que reúna los *elementos esenciales* cuya sola concomitancia defina la *especificidad* de la anorexia mental. Esta organización especial parece realmente una *megalomanía secreta* actuante constantemente desde detrás del estado lastimoso del cuerpo maltratado, cuyo placer *se concentra en la embriaguez muda del hambre* buscada, perseguida y reencontrada, pero se ramifica también en el *vértigo de la dominación* "de la bota por el caballero"¹, (siendo el "animal" el cuerpo y sus necesidades, dominadas por el sujeto) y de todos aquellos que, equivocados creyendo dirigirse al "caballero" dan la impresión de interesarse sólo por el "animal".

"Están presentes y actuantes simultáneamente:

- una vivencia arcaica de fusión rechazada por la megalomanía, y el rechazo del cuerpo que este rechazo exige;
- la satisfacción perversa hallada en este rechazo y el manejo de los demás inhere a ello;
- el placer encontrado dentro del cuerpo, en el hambre misma, tras la desviación la motricidad y del pensamiento por el funcionamiento "desencarnado".

Numerosos autores han insistido en los componentes depresivos de la anorexia mental. M. Boos considera que en toda anomalía se encuentra una negación, "puede ser por ejemplo que la actitud de huelga hacia la vida corporal y terrestre se subleve únicamente contra un "tener que ser" en un medio determinado y especialmente insoportable. A veces, en cambio, la rebelión apunta contra el *tener que vivir* físico en su totalidad, aunque fuera en el mejor de los mundos terrestres". Como dice V. von Weizsäcker, "el no, comer nada no significa más que no querer vivir, y el no poder-querer tomar alimentos debe interpretarse también como no poder-querer seguir viviendo". Para M. Selvini-Palazzoli no se observan nunca en las anoréxicas deseos conscientes o inconscientes de suicidio y no se puede hablar de verdadera depresión. Estas enfermas no suprimen del todo el alimento como los psicóticos, lo reducen de forma absurda y juegan con la muerte como los niños que la conciben como un juego en el que uno se esconde, comportándose con su cuerpo de forma mágica, sin contacto con la realidad. Se observan en ellas la alternativa entre la victoria sobre su instinto bruto y la negación de este instinto, pero aunque a veces sucumban ante la necesidad, han optado de una vez por todas por la "desencarnación". Esta desencarnación no es la muerte, es una rebelión contra la muerte, al sobrepasar la corporeidad corruptible. Para E. Kestemberg, se diferencian de Ophelia en que ellas no se suicidan, mueren sacrificándose a su fantasma de inmortalidad intrínseca.

5.º La anoréxica y su familia

Si bien desde hace mucho tiempo se afirma que la anorexia mental se desarrolla en unos medios especiales, H. Bruch y M. Selvini-Palazzoli, han abordado la cuestión de una forma más profunda.

1. "De la botte par le cavalier": en el sentido de que lo superior domina a lo inferior (N. del T.).

H. Bruch plantea así el problema: ¿Bajo qué condiciones y en qué tipo de marco familiar puede aparecer un fenómeno tan contradictorio, de rendimiento perfeccionista para un marco dado determinado y de impotencia paralizante ante la responsabilidad y la independencia? Las madres son generalmente mujeres que han triunfado en la vida o mujeres de profesión liberal frustradas en sus aspiraciones y que suelen ser concienzudas en su realización del "maternaje". En muchos aspectos, parecen ser las criadas de sus maridos, pero en realidad no les respetan verdaderamente. Su necesidad de tener una vida perfecta domina la vida familiar y es impuesta a las pacientes, incluyendo el control absoluto de sus funciones corporales y de los estándares de rendimiento. El padre, a pesar de un éxito social, y financiero que a menudo es considerable, en algún sentido se sienten en un segundo plano. Están enormemente preocupados de las apariencias exteriores en el sentido físico del término, admiran la belleza y las buenas formas. Ellos también, esperan de sus hijos un comportamiento conveniente y triunfos importantes. Estas familias no muestran signos dramáticos de división. Sin embargo fracasan en la transmisión de un sentimiento adecuado de eficacia al hijo. El análisis del *pattern* transaccional entre padre e hijo muestra que éste se realiza a través de unos medios sutiles de falta de consideración de los signos que emanan del niño, en lo que hace referencia a sus necesidades, e imponiendo los cuidados que garanticen un desarrollo aparentemente normal en el sentido de la madre. No obstante, la privación de la secuencia regular: disconfort resentido, señal, respuesta apropiada, y satisfacción resentida, ejerce una profunda dislocación de un aprendizaje esencial precoz, teniendo como resultado una conciencia perturbada del funcionamiento corporal y una defectuosa concepción del cuerpo. Este *pattern* transaccional, según H. Bruch, no es específico de la anorexia mental, es la matriz sobre la cual se desarrolla, como última manifestación después del fracaso de otros esfuerzos para realizar una identidad autónoma.

En los últimos años, M. Selvini-Palazzoli ha estudiado la familia de la anoréxica considerándola como un todo estructural de interacciones patológicas, y que cree poder describir así:

- Fijación de la madre en un plano homosexual latente. Por el mismo hecho, el padre tiene unas tendencias pasivas profundas que pueden estar enmascaradas por unos mecanismos contrafóbicos. A menudo presenta una estructura de carácter obsesivo.

- Relación sadomasoquista entre los padres. Es corriente observar una conducta sádica más aparente en el padre, mientras que la madre sabe ejercer su influencia "bajo mano", y consigue ser intensamente constrictora, a pesar de su actitud de aparente sumisión.

- La enferma está sometida a las necesidades de la madre e imposibilitada de toda relación con el padre que, por su parte acepta y refuerza este aislamiento.

- El sistema así establecido impide que la enferma se diferencie de la madre y consiga elaborar una experiencia edípica sólida. M. Selvini-Palazzoli insiste también en que ninguno de los padres se ha liberado suficientemente de los lazos que los unen a su familia original: el marido se ha casado con una imagen materna idealizada, de carácter oral, obsequiosa, capaz, protectora, desprovista de identidad o de necesidades propias. Cada vez que observa un aspecto de la personalidad de su mujer que no encaja en su marco fantasmático, se siente abandonado, incomprendido, tratado injustamente. La mujer ve en su marido bastantes de las características aborrecibles de su propia madre: mujer exigente, exageradamente crítica, posesiva y fuerte, con la que ha tenido una relación estrecha hecha de esclavitud, de culpabilidad y de hostilidad. Muy pronto, la madre insatisfecha y desgraciada, establece a su

vez con su hija las mismas relaciones que había tenido con su madre y la hija escogida está inconscientemente destinada a consolar a su madre, debe ser obediente, sin caprichos o problemas que sean personales.

Los padres de anoréxicas tienen, según E. y J. Kestemberg y S. Decobert ciertas características comunes. La "maternización" del padre es a su parecer uno de los rasgos importantes. La figura del padre se organiza mucho más como un objeto de la madre que como la autoridad suprema; se deja llevar inconscientemente por su anti-Edipo en la creencia de que así asegura a su mujer una protección contra su hija. Las madres aparecen en conjunto como unas personalidades ligeramente ansiosas, sin que pueda hablarse de organización fóbica caracterizada, ni siquiera de organización caracterial específica. En cambio, a menudo, parece como si, en algún sentido, hubiesen sacrificado una parte de ellas mismas a la familia y a sus hijos. Son mujeres que tienen tendencia a pasar a segundo plano e incluso a alcanzar su plenitud de esta forma y, que vivirán la "enfermedad" de su hija como un fracaso e intentarán repararlo constantemente. Se establece así una discordancia dramática entre los adolescentes que se viven como inmortales en su anorexia y las madres que les viven como si se fueran a morir constantemente.

El rechazo de la alimentación adquiere para los padres un cariz de gravedad y de catástrofe frente al cual, agredidos, heridos y muy inquietos, se reorganizan cada uno en la célula familiar. Se instaura en la familia un *modus vivendi* hecho de exigencias recíprocas de la niña y de los padres, encontrándose todos ellos cogidos en ese juego manipulativo, sin que sea fácil dilucidar con precisión cómo ha empezado y quién lo ha inducido, los padres o la niña. La niña que hasta entonces evolucionaba bastante bien, obediente, demasiado obediente, teniendo con sus congéneres unos contactos fugaces y superficiales, a veces algo mimada, casi siempre admirada, se convierte en una agresora poniendo peligrosamente en cuestión la catarsis narcisista de la que es el objeto; pasando de ser una prueba de éxito a ser la prueba de la impotencia de los padres, o sea de su "maldad".

Para K. Tolstrup, el cuadro familiar, tal como se le presenta al observador exterior, no es, sin embargo, patrimonio exclusivo de las enfermas de anorexia mental; se puede ver en casos de niños con otros tipos de neurosis, y por el contrario, se pueden ver constelaciones familiares de tipos muy distintos en casos típicos de anorexia mental.

IV. — LA ANOREXIA MENTAL MASCULINA

Hay completo acuerdo en considerar que la anorexia mental masculina es mucho más rara que la de la muchacha. En la literatura médica, M. Hagenau y C. Koupernik coinciden en afirmar que su relativa frecuencia oscila entre un 3 y un 20%. El síndrome, al igual que en las jóvenes, se origina en la adolescencia. Fuera de la amenorrea, no parece haber trastornos somáticos, metabólicos o endocrinos propios de la anorexia en ninguno de los dos sexos. Si bien en algunos casos se advierte un importante retraso en el desarrollo físico y genital, puede también tener su origen en una oligofagia muy temprana. En cuanto a lo mental, hay diversos tipos de personalidad: obsesiva, fóbica, histérica o esquizoide. Algunos creen que la anorexia masculina y femenina se diferencian en la hiperactividad, que según eso, forma parte del cuadro clínico de la anorexia mental femenina mientras que en los adolescentes predomina la apatía y la pasividad.

El ambiente familiar de estos muchachos es neurótico. Hay unas relaciones con la

madre un tanto especiales, de enfrentamiento o excesiva dependencia. Tras analizar la mayor parte de observaciones realizadas, M. Haguenau y C. Koupernik revelan la no existencia de mecanismos psicológicos de carácter unívoco. En ciertas personas existen auténticos fantasmas de impregnación oral, en otras el refugiarse en su enfermedad les permite no trabajar, en otras se produce un exceso de trabajo y otras tienden excesivamente al intelectualismo.

J. E. Meyer considera que el síndrome despersonalizador de la pubertad masculina equivale a la anorexia mental. Cree que los muchachos desean ser mayores para ser plenamente aceptados, mas tras su aparente impaciencia por avanzar, se encubre un oculto temor a la responsabilidad y a la independencia.

El hecho de que la anorexia mental es más rara en los muchachos se ha atribuido a que tiene mayores posibilidades para autoafirmarse (M. Riser y otros), o a la menor frecuencia de fantasmas orales (E. I. Falstein y otros). A veces hay estructuras que se asemejan a las estudiadas en la anorexia femenina:

- adolescentes que tienden a la soledad, faltos de interés u objetivos, que sienten la dificultad de relaciones interpersonales, localización de los problemas en un plano puramente corporal (L. Pavan y S. Agius);

- adolescentes "ascéticos" de clara inmadurez evolutiva; es prácticamente imposible restablecer en ellos los movimientos de relación transferenciales, debido precisamente a la dificultad de aclarar el subyacente movimiento de la libido que pudiera constituir su motor, tan rechazado que incluso parece alterar la identidad personal (E. Kestenberg). En el fondo, ni en los muchachos ni en las muchachas se comprende el problema si no se ve desde el plano del cambio que viene a ser la adolescencia. Probablemente es una etapa más difícil de superar para la mujer, aun cuando en el hombre puede producir una grave regresión cuyo pronóstico es más serio.

Si bien H. Bruch, y P. J. V. Beumont, aplican el mismo modelo patogénico para el muchacho que para la muchacha, K. Tolstrup, en cambio, subraya que los factores realmente psicológicos, así como la imagen del cuerpo y el simbolismo del alimento y de la alimentación, tienen un significado y un sentido diferente para una adolescente y para un adolescente. Ejemplos de ello son los fantasmas que se refieren al embarazo, y el concepto de cuerpo pesado que simboliza el cuerpo fuerte. La identificación sexual terminal depende de la psicodinámica de la familia. Los conflictos que orientan la constelación emocional de los padres y desvían la crisis puberal, hacia lo psicopatológico son manifiestamente diferentes para un muchacho y para una muchacha.

V. Taipale y cols., (1972) sugieren que el padre rechaza al hijo varón a causa de su debilidad, mientras que la madre favorece sus rasgos femeninos; la proximidad de la adolescencia horroriza al muchacho, porque ni el padre ni la madre son capaces de ayudarlo a hacerse un hombre adulto; al llegar a la juventud, han recurrido a su madre, con el deseo de seguir siendo niños; estos autores creen que la anorexia mental es una forma más o menos femenina de reaccionar y que se da en muchachos que tienen una predisposición particular.

V. — EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

Los autores clásicos, E. C. Lasègue, J. Charcot, E. Régis, han descrito la anorexia mental en su estadio terminal. Desde el punto de vista somático señalan: caquexia con trastornos tróficos y perturbaciones periféricas vegetativas muy evidentes (taquicardia, hipotermia), que evoluciona hacia un estado de coma; desde el punto de vista

psíquico: apatía, inercia intelectual, indiferencia y, a veces (E. C. Lasègue y E. Régis), desesperación de la enferma que trata de reaccionar y que acusa a su entorno el haberla dejado debilitarse progresivamente sin usar la autoridad y la fuerza. Es, dice E. Régis, una verdadera rebelión de la naturaleza contra la muerte.

La evolución hacia la muerte es actualmente menor, no obstante S. Theander señala un 9,6% de muertes por inanición. Parece que en un número aún demasiado grande de casos el diagnóstico y el tratamiento se hacen demasiado tarde. Pero la muerte puede aparecer, según dice H. Bruch, no sólo por inanición, sino también por otras causas como distensión gástrica, o calcinosis generalizada por intoxicación por la Vitamina D.

La anorexia mental también puede representar una crisis pasajera de la adolescencia evolucionando posteriormente hacia una alimentación normal. La evolución incluso puede realizarse hacia la obesidad.

Podemos señalar tres formas *terapéuticas* esenciales: la soledad, la llamada *terapia biológica* y la *psicoterapia*.

Desde J. Déjérine, numerosos autores opinan que es imposible el tratamiento de la anorexia mental dentro del marco familiar y que siempre se requiere el más absoluto aislamiento, lo cual supone liberar al anoréxico de visitas y correspondencia mientras no se haga evidente una palpable mejoría. Junto al aislamiento se requiere una progresiva reeducación en cuanto a la comida, con un control riguroso. Mientras dura el tratamiento, podemos encontrarnos con determinadas dificultades entre las que sobresalen la reproducción, dentro del ambiente hospitalario, de un clima semejante al de la familia, que puede atiborrar al paciente o imponerle un ritual de comidas. P. J. Dally y W. Sargent proponen un tratamiento hospitalario, guardando cama permanentemente y sin un especial aislamiento, con una cura de insulina (shocks húmedos) y clorpromazina, y un régimen que pasa de 1.500 calorías diarias a 4.000.

Algunos emplean el electroshock tras la fase inicial en casi todos los casos (J. Laboucaré y otros), otros tan sólo en algunos casos (Ch. Durand), con objeto de reducir la angustia, actuar en los mecanismos reguladores del hambre y modificar el estado tónico, lo que no obsta para utilizar juntamente *terapéuticas* neurolépticas o antidepresivas.

Otros autores defienden el *tratamiento behaviorista*: refuerzo de la conducta alimenticia por recompensa, o privación de actividad si la enferma no come (véase F. Canziani).

P. Bourgeois muestra las ventajas que se pueden conseguir con una relajación psicotónica que es, como se sabe, un método *psicoterápico* basado en la relajación y en sentir el cuerpo.

La mayor parte de autores proponen una *psicoterapia*, utilizada ya como *psicoterapia* de persuasión por Dubois, de Berne y Déjérine. Otros (H. Thomä) proponen la *clásica psicoterapia psicoanalítica*.

Varios autores consideran que los casos publicados sobre el tema no son demostrativos. Según H. Bruch, el modelo psicoanalítico tradicional, en el cual el terapeuta interpreta el significado de las asociaciones de un paciente, puede significar una experiencia dolorosa de algo que ha caracterizado toda la vida de la paciente: que su madre sabe lo que ella siente y cómo lo siente y que no conoce sus propios sentimientos. Para que el tratamiento sea eficaz es necesario conocer el modelo de experiencias precoces falsificantes y ayudar a estas pacientes a descubrir en ellas mismas la capacidad de iniciativa y de autodirección. Asimismo, para M. Selvini-Palazzoli, la *psicoterapia* debe conseguir que la enferma sienta la experiencia de su derecho a la

existencia, de tener opiniones, exigencias, el reconocimiento de la independencia que a menudo precede a la reconquista de su capacidad de percibir los estímulos propioceptivos, emotivos y cenestésicos.

Para E. Kestenberg y cols., "las diversas modalidades terapéuticas, todas ellas aleatorias en cuanto a sus resultados a corto plazo, pueden y deben ser examinadas ya sucesivamente, ya simultáneamente. Ninguna de ellas merece, a nuestros ojos, el calificativo de prevalencia beneficiosa"; no obstante creen "poder afirmar que, en los casos especialmente serios, cerrados, el psicodrama psicoanalítico parece ofrecer, precisamente por los desplazamientos transferenciales que comporta, un abordaje más favorable que otras manipulaciones terapéuticas (psicoterapia individual o psicoanálisis), a los que por otra parte a veces es necesario recurrir posteriormente". Además estos autores consideran que la hospitalización y el aislamiento, a veces inevitables, deberán ser usados con discreción, y en todo caso no ser el único tratamiento; como en el caso del tratamiento psicoterápico de las familias, es insuficiente para inducir una conmoción del equilibrio económico y, por lo tanto, una restauración favorable. La estructuración psíquica subyacente permanece e indudablemente induce la reaparición del síntoma.

H. Bruch (1970), M. Selvini-Palazzoli (1970), y P. Jeammet y cols., (1971) insisten en la importancia de ampliar el abordaje de la terapéutica a la familia. Existen numerosas variantes: ya sea el tratamiento de las madres por el mismo o distintos terapeutas, el tratamiento del grupo familiar, o la psicoterapia de grupo de madres de anoréxicas.

Cada caso plantea un problema especial, y hemos de adaptar nuestra terapéutica según la fase evolutiva de la anorexia mental y según las características de su propia personalidad. Hay que ocuparse igualmente de las familias, ya que su intervención es inevitable y puede influir en la psicoterapia, produciendo una ruptura desde el primer momento o actuando inaceptablemente en cuanto el anoréxico comienza a dar señal de independencia.

Es difícil imaginar el futuro de los anoréxicos, habida cuenta de las observaciones publicadas y de los criterios de curación. De un total de 20 casos de anorexia femenina, J. E. Meyer dice que en diez años se han curado por completo 7 de ellas, 7 tienen rebrotes esporádicos de la enfermedad y viven en un mundo de fobias y obsesión alimenticia, 3 murieron de inanición y otras 3 se volvieron esquizofrénicas. Se fija especialmente en una forma particular a la que denomina "anorexia crónica": Son enfermos cuyos trastornos se inician en la primera infancia, mejoran en la adolescencia y reaparecen entre los 22 y 39 años, con una serie de trastornos digestivos, hipocondría y astenia. A pesar de la edad, semejan anoréxicos púberes no curados.

J. Laboucarié, que emplea el electroshock y la quimioterapia con psicoterapia directa o como apoyo, señala que: los resultados son positivos y, al menos en un 80% de los casos, tienen una curación aparente o una importante mejoría; los resultados a largo plazo dependen fundamentalmente de la psicología básica del sujeto. En formas reaccionales propias asociadas a una estructura depresiva, o a unas estructuras fóbicas obsesivas o esquizoides, las curaciones reales alcanzan el 80%, es decir, la misma proporción que en la de resultados iniciales. En las neurosis más profundas, especialmente en las de naturaleza histérica, en un 30% de casos los resultados equivalen a importantes cambios psicossomáticos con persistencia de actitudes más o menos neuróticas; en el otro 50% sólo cabe hablar de atenuación de los trastornos, de una especie de compromiso entre la anorexia inicial y una incompleta normalización de su postura ante la comida; finalmente, en el restante 20%, se da una evolución tendente a convertir en "crónicos" los trastornos. En forma de estructura psicó-

tica los resultados sintomáticos son más o menos duraderos y más o menos artificiales. Hay autores que creen se establece mejor pronóstico en anoréxicos con indicios de personalidad histérica que en los esquizoides o compulsivos.

J. Cremerius, sobre la base de la evolución de 19 casos de anoréxicos con catamnesis de 15 a 18 años, cree incierto el pronóstico y considera dudoso el resultado terapéutico. Estima que las diferencias que ofrece la literatura médica se deben a la falta de homogeneidad de los grupos de pacientes estudiados por los diversos autores. No ve correlación alguna entre personalidad premórbida, evolución, terapéutica y pronóstico. (De paso, señalemos que en los casos que nos ocupan no se ha trabajado con una psicoterapia analítica.).

De hecho, no basta un aumento de peso, ni siquiera un cambio en las preocupaciones con respecto a la comida para dar por válida una curación. Hay quien cree que la anoréxica no recobra su equilibrio mientras no desaparece su amenorrea. Las reglas pueden tardar en reaparecer, pero la curación será total únicamente cuando la personalidad del adolescente o de la muchacha haya cambiado no sólo en cuanto a las particularidades de su manera de proceder ante la comida y sus naturales consecuencias, sino especialmente cuando haya obtenido suficiente movilidad en sus relaciones afectivas y haya visto comprometida su identidad con ciertas experiencias.

B. - PROBLEMAS PRODUCIDOS POR LA OBESIDAD

Con frecuencia se presenta la obesidad como el polo opuesto de la anorexia mental. En realidad como veremos, el problema es más complejo. En su estudio sobre la obesidad, H. Bruch confronta anorexia mental y bulimia comparando las dos triadas clásicas "anorexia-delgadez-hiperactividad" y "polifagia-obesidad-pasividad". Al hacer balance de las investigaciones de cambios ponderales en el niño, sorprende el contraste entre la considerable importancia dada a los problemas psicopatológicos de la anorexia mental y el poco interés despertado por la obesidad. Verdad es que la debilidad del niño nos inquieta mientras que su "opulencia" nos parece sinónimo de buena salud. Cuando tiene un tipo digno de una caricatura lo atribuimos a razones morfofuncionales o a "malos hábitos" en la comida, y creemos que el hartazgo es una fase del desarrollo completamente reversible. Sea lo que fuere, lo referente a la comida lo consideramos de diversos modos. La reducción de la cantidad de comida, cuya consecuencia es el progresivo adelgazamiento, parece un fenómeno destructivo conducente a la muerte, mientras que un "buen apetito" es un signo formativo, creador de vida (no teniendo en cuenta que la obesidad resultante no es sino una malformación con respecto a la norma).

Se puede considerar obeso todo niño cuyo peso sobrepase en un 15% o dos desviaciones estándares el peso medio correspondiente a su talla y edad, con la condición de que este exceso de peso sea por una acumulación de grasa de reserva, lo que se puede valorar por el grosor del pliegue cutáneo.

El concepto de anormalidad, desde el punto de vista estadístico, en la práctica sólo es válido para los casos extremos, ya que la obesidad depende de las normas culturales, que difieren según las sociedades y varían según cada época. Siempre que esto no comporte modificaciones biológicas, no se puede negar el hecho de que la sociedad y la familia son los censores de la modificación ponderal del niño, y que la norma ideal del niño de "sentirse bien" no es necesariamente la misma que la de la familia o la de la sociedad.

El problema de la obesidad común debe abordarse a partir de dos hechos esenciales que nadie discute: por una parte, los aportes alimenticios excesivos, especialmente desde el punto de vista cualitativo, aumentan el peso mientras que las restricciones alimenticias lo disminuyen; por otra parte, cada individuo reacciona de forma especial desde el punto de vista ponderal a los excesos o a las restricciones alimenticias.

La psicopatología de la obesidad es oscura, y es imposible hablar de la obesidad en general, dice P. Royer, que evoca múltiples factores, eventualmente combinados, en el origen de las obesidades infantiles: 1) el exceso de aportes al tejido adiposo secundario por hiperfagia (psicógena, hipotalámica o ambiental) o por inactividad (psicógena, social, paralítica), por neoglucogénesis (hipercorticismos); 2) la disminución del metabolismo de las grasas del tejido adiposo por anomalía del control extrínseco (endocrino o neurosimpático) o del metabolismo autónomo (fallos enzimáticos).

Sólo estudiaremos la obesidad común de la infancia, eliminando de este cuadro el síndrome de Cushing, las glucogenosis, el síndrome de Mauriac, las obesidades hipotalámicas, las consecuentes a un craneofaringioma, a encefalitis, a secuelas de meningitis tuberculosas; el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Laurence-Moon-Biedl, así como las obesidades raras, de causa desconocida, como el tipo cushingnoide, la obesidad pletórica familiar.

Además todos los autores están de acuerdo en subrayar la elevada incidencia familiar de la obesidad: J. Mayer encuentra que sólo el 10% de los niños cuyos padres tienen un peso normal presentan exceso ponderal, contra el 40% de aquellos que tienen uno de los padres obesos y el 80% de aquellos cuyo padre y cuya madre padecen esta enfermedad; P. Royer indica que el 70% de los niños obesos tienen ambos padres también obesos.

De cualquier forma podemos preguntarnos cuál es la parte respectiva correspondiente a lo heredado y cuál la correspondiente a las costumbres familiares de hiperfagia y de sedentarismo; y hasta qué punto ciertas obesidades consideradas como congénitas no corresponden más a unas formas precoces de alimentación.

La importancia de los factores hereditarios está demostrada por las comparaciones de las correlaciones de pesos entre gemelos monozygóticos criados juntos, gemelos monozygóticos criados separadamente y gemelos dizigóticos. La correlación entre exceso ponderal de niños adoptados con el de sus padres biológicos, y no con el de sus padres adoptivos, sigue la misma línea, aunque, en este último caso, se podría objetar que las adopciones no se han hecho desde el nacimiento.

Las costumbres familiares de hiperfagia aún parecen ser muy importantes y a veces se integran en un determinado marco sociocultural: medio socioeconómico desfavorable en los países llamados desarrollados (J. Mayer; A. N. Howard y cols.).

La actitud de los niños puede ser muy diversa; según P. Royer, pueden ser, activos, deportistas, dinámicos, pero algunos son inactivos y sienten repulsión por los ejercicios físicos. Según numerosos estudios de J. Mayer y cols., los lactantes, los niños en edad escolar y los adolescentes obesos "típicos" se caracterizan mucho más por la inactividad que por la sobrealimentación.

Recientemente se ha insistido mucho sobre el papel de la alimentación precoz del lactante, y se han invocado varios mecanismos. E. M. Widdowson y cols., han comprobado que unos ratones que durante los 20 primeros días de su existencia habían recibido una ración importante de leche llegaban a ser más pesados que los sometidos a una ración limitada, incluso si posteriormente ambos grupos recibían cantidades ilimitadas de leche; y esto le hace decir a O. H. Wolff que parece como si una vez disgregado el mecanismo de regulación del apetito, nunca jamás vuelve a funcionar normalmente. En los lactantes, una disregulación del hambre y del apetito podría considerarse también dependiente de las primeras experiencias, y especialmente un cebamiento precoz podría convertirse posteriormente en una necesidad irreversible. Pero por otra parte, J. Knittle y J. Hirsch muestran que, cuando a una rata madre se le deja criar a 3 o 4 ratones, y a otra 15 o 20, obtenemos que en el primer caso resultan ratones delgados y en el segundo ratones gordos; cuando, posteriormente todos los ratones son sometidos al mismo régimen, los ratones gordos siguen engor-

dando y los delgados siguen delgados; los autores han explicado estos hechos por la existencia de una multiplicación de células grasas por sobrealimentación precoz, y que éste número elevado de adipocitos parece que crea una tendencia a la obesidad que durará toda la vida; estos autores han podido demostrar mediante unas biopsias que unos niños obesos de dos años de edad tenían un número doble, de adipocitos por término medio, que los niños "normales" de la misma edad, pudiendo influir en ello la herencia o la sobrealimentación. Finalmente, H. Bruch ha puesto de relieve un error en las transacciones precoces comportando un aprendizaje defectuoso: la madre tendría tendencia a dar respuestas "inadecuadas" al niño, a imponer al niño lo que debe ser o sentir, sin una consideración real de las necesidades del niño, y a interpretar todo malestar como una necesidad de alimento. Por otra parte, unos psicólogos experimentalistas (S. Schachter) han demostrado la existencia en los obesos de una hiperreactividad a los estímulos externos y un déficit de control de los estímulos internos que reflejan sus necesidades fisiológicas.

Los primeros estudios de H. Bruch sobre la obesidad del niño (en los años 30) llegaron a la descripción de un perfil especial del niño obeso y de su constelación familiar; en 1970 reemprende su estudio por la misma línea aunque con algunas modificaciones de interpretación, subrayando el abuso que los padres, hacen del niño como compensación de las imperfecciones de su vida; desde el principio, la energía de la madre parece ir dirigida hacia un cambiar al niño, a hacerlo a su medida, deseo que se expresa por su modo de ocuparse de sus necesidades corporales.

El niño obeso es un niño con cualquier nivel de inteligencia, pero que a menudo presenta una mala adecuación emocional, sin que pueda describirse un tipo de personalidad unívoco. H. Bruch, a partir del estudio de test proyectivos, descubre unas perturbaciones en la representación de la imagen corporal, una confusión en la identificación sexual, y en algunos casos unos rasgos de apariencia psicótica. Esto, naturalmente, no es suficiente para explicar el mecanismo de la obesidad, ya que lo que interesa es saber si la hiperfagia y la inactividad física están relacionadas no sólo con la historia somática, sino también si lo están con una adaptación social pobre, con una inmadurez emocional o con una maduración defectuosa, y conocer el valor que adquiere la hiperfagia dentro de esta organización.

Por su parte, el niño cuyas otras necesidades están reprimidas, insatisfechas, reacciona con una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediato; el alimento, equivalente del amor, tiene un valor de compensación y de alivio; aparentemente sumiso, en realidad se convierte en un tirano que no soporta el rechazo. Así, en los conflictos de la vida social, la hiperfagia puede ocupar el lugar de la agresividad y el peso puede adquirir un valor simbólico: tiene miedo de perder su fuerza adelgazando. La obesidad por lo tanto responde a un trastorno de la personalidad. El hecho de ser obeso tiene una gran importancia para este niño por cuanto no ha encontrado solución a sus dificultades, sirviéndole la obesidad de "pantalla" para sus problemas. Este tipo de obeso se resiste a hacer régimen más que ningún otro, y cuando se le impone, es fuente también de una gran tensión. De hecho, el obeso sólo se curará cuando pueda seguir su tratamiento sin excesivo esfuerzo después de la desaparición de los trastornos funcionales.

Lo que acabamos de exponer no es, naturalmente, más que una visión esquemática de la descripción extraordinariamente rica de H. Bruch, que nos permite comprender un cierto tipo de personalidad especial del niño obeso y captar el sentido original de su forma de organización alimenticia que parece haber perdido. En su monografía, H. Bruch (1957) responde a ciertas críticas que se le han hecho o que se le pudieron hacer a sus anteriores trabajos (R. Laplane y cols.), con respecto a la selección de los casos, ya que no se puede aplicar una uniformidad descriptiva a

todos los casos de obesidad. De hecho, H. Bruch, no propone un único tipo, sino tres tipos psicológicos:

- el obeso cuyo estado no depende de problemas emocionales;
- el obeso cuyo estado es consecuencia de una experiencia emocional traumática, y en el cual la hiperfagia y la obesidad tienen la función de protegerlo de la angustia y de la depresión;
- el obeso cuyo estado se caracteriza fundamentalmente por la imposibilidad de poder soportar las frustraciones o por un retraso en la gratificación.

Por otra parte este autor no enfrenta su hipótesis psicodinámica a los mecanismos generales neuroendocrinos, a través de los cuales se manifiesta la organización emocional, así como tampoco al factor herencia-medio. Cree que la obesidad responde a unas formas de adaptación especiales; ciertos sujetos responden a unas dificultades vitales con la hiperfagia-obesidad en vez de reaccionar con otra forma cualquiera psicopatológica.

L. Kreisler admite que ciertos niños mayores o adolescentes que presentan un cuadro psicopatológico se acercan al cuadro del "pensamiento operativo" descrito por algunos como característico de la enfermedad psicósomática.

Por otra parte, no podemos subestimar la importancia de las presiones sociales y de sus efectos desfavorables sobre el psiquismo de los niños obesos, sobre la cual insiste J. Mayer, que encuentra en niñas obesas unas características de la personalidad típicas de las minorías étnicas y raciales sometidas a una discriminación intensa.

Nos parece extremadamente difícil no tener en cuenta los puntos de vista antes expuestos al considerar el tratamiento de un niño obeso. El problema psicológico siempre está presente, ya sea primario o secundario. Se encuentra tanto en el niño como en los padres, y el médico. Para este último puede ser descorazonador el sentir una resistencia del sujeto ante el tratamiento prescrito, tanto en la esfera de la actividad psíquica como en la del régimen alimenticio, incluso con la ayuda de anoréxicos, que sólo se pueden emplear con precaución y durante periodos cortos. Los padres, por su parte, a veces se rebelan contra lo que ellos llaman la "falta de voluntad" del niño. Con respecto a esto último H. Bruch distingue acertadamente dos tipos de obesos:

- los que, a excepción de su peso, son más o menos normales desde el punto de vista psicopatológico y que a veces consiguen adelgazar y alcanzar un nivel ponderal estable, a menos que el régimen que se les pide que sigan sea excesivo;
- los que sienten como nuevas frustraciones todas las imposiciones que le llegan del exterior y que sólo pueden seguir el régimen si se acompaña de una psicoterapia conjunta.

Únicamente un análisis de la personalidad del niño nos permitirá saber hasta qué punto es necesaria una psicoterapia de apoyo o de comprensión, o bien una psicoterapia profunda, siendo ésta última de manipulación difícil. Para H. Bruch, tiene analogías con la que se propugna para la anorexia mental.

Únicamente un análisis de la personalidad del niño nos permitirá saber hasta qué punto es necesaria una psicoterapia de apoyo o de comprensión, o bien una psicoterapia profunda, siendo ésta última de manipulación difícil. Para H. Bruch, tiene analogías con la que se propugna para la anorexia mental.

Según los estudios longitudinales de H. Bruch, una evaluación del desarrollo de conjunto, de la curva del peso (su estabilidad y sus fluctuaciones antes que el grado de exceso de peso), así como una evaluación de la madurez afectiva del niño y de los problemas en las familias, permiten una predicción a largo plazo con un grado bastante elevado de exactitud. Unos grados importantes de inactividad, especialmente si están asociados a un aislamiento o a un retraimiento social, presagian una mala evolución, así como un grado importante de ansiedad y de discordia dentro de la familia, una incapacidad de uno de los padres para permitir un desarrollo más libre del niño hacia la independencia. H. Bruch también ha observado que cuanto más

tratamiento médico ha habido, más régimen impuesto o más inyecciones endocrinas, peor era la evolución, pareciendo ser el factor determinante la insatisfacción agresiva de los padres que encuentran una colaboración perniciosa con el médico.

C. — LA POLIDIPSIA

En el siglo XIX se dio el nombre de "vesania de la sed" o "neurosis de la sed" a una suma de alteraciones caracterizadas por una imperiosa necesidad de beber, todo ello unido a un especial estado mental con características, en ocasiones, histéricas. En dicho marco tal vez convenga incluir perturbaciones patológicas de diversa índole, entre ellas cierto número de diabetes insípidas.

Entre los *síndromes poliuro-polidípsicos* cabe señalar, como grupos etiopatogénicos:

- La diabetes mellitus, de fácil diagnóstico.

- La diabetes insípida nefrogénica orgánica (nefritis intersticial o tubulopatía simple) o funcional (diabetes insípida nefrogénica familiar, diabetes insípida por hipocaliemia o diabetes insípida hipercalcémica).

- El síndrome poliuro-polidíptico que responde a una perturbación neurohipofisaria, consecuencia de una lesión tumoral (tumor del tercer ventrículo, especialmente craneofaringioma o tumor de la hipófisis), de una enfermedad de Schüller-Christian (retraso en el crecimiento y exoftalmía), de un síndrome de Laurence-Moon-Bield (obesidad, polidactilia o sindactilia, retinitis pigmentaria, debilidad mental), o cualquier otro síndrome que dé origen a trastornos de la esfera infundibular (síndrome postencefálico, síndrome posmeningítico, etc.).

- La diabetes insípida idiopática.

- La potomanía.

La anamnesis y demás exámenes complementarios nos permitirán orientar nuestro diagnóstico por el camino de una poliuria osmótica, de una poliuria por disminución o falta de vasopresina o de una poliuria por tubulopatía.

Es frecuente, a veces necesario, poner en marcha un esquema investigador que suponga: la restricción hídrica, el test de Carter-Robbins, pruebas dobles de agua simple y agua salada, prueba de la nicotina, prueba saldiurética, prueba posthipofisaria, etc. A la exploración dinámica funcional se le abren tres caminos:

- que todas las pruebas sean positivas, lo que hace pensar en una potomanía reciente;

- que todas las pruebas sean negativas, que supone la posibilidad de una diabetes insípida nefrogénica;

- que todas sean negativas salvo la de la hipófisis y, en tal caso, se plantea la posibilidad de diagnosticar una auténtica diabetes insípida.

En la práctica, es especialmente delicado el diagnóstico diferencial entre diabetes insípida sin clara modificación orgánica y la potomanía.

La potomanía. — La potomanía, aislada como entidad clínica por Ch. Achard y L. Ramon en 1905, comprende a cuantos sienten una imperiosa necesidad de absorber líquidos, trátase de agua o de cualquier otro líquido. En las pruebas renales no se

presentan cambios y soportan perfectamente el racionamiento en la bebida; tienen ciertas características psicológicas, mitomanía y vanagloria, y se precian de su capacidad de absorción. La bebida preferida suele ser el agua, mas cuando no la tienen a su alcance son capaces incluso de beberse el agua sucia o el contenido del orinal. Suelen tener una carga hereditaria y los clínicos los consideran neurópatas y pitiáticos. A menudo tienen inteligencia normal, incluso despierta; se adaptan rápidamente a las circunstancias y muestran su habilidad en una teatralización que les permitirá saciar su necesidad de bebida. Se las ingenian para beberse a escondidas su propia orina, previamente escondida por ellos mismos; sólo una estrecha vigilancia podrá descubrir la superchería. Muchos autores destacan su manera de llamar la atención, por puro afán de presumir no exento de sentido utilitario.

El primer caso de potomanía observado por Ch. Achard y L. Ramon fue el de un niño de 6 años, al que siguió uno de 12 (M. Labbé). La potomanía entra dentro de la patología infantil. Muchos de los casos observados son de menores de 20 años.

Se diagnostica una potomanía por eliminación de las posibilidades de que sea una polidipsia-poliuria y por las características de la personalidad del niño, todo ello sumado a un contexto familiar claramente conflictivo. A veces se averigua el conflicto reciente que ha dado origen al síndrome.

Muchas veces es sumamente difícil el diagnóstico diferencial entre potomanía y diabetes insípida, máxime cuando el examen del niño ocurre mucho después de la aparición de la potomanía, tanto si —como algunos creen—, pasado algún tiempo de evolución, la potomanía provoca una diabetes insípida funcional o inducida, como si sobre la diabetes insípida orgánica prevalece una auténtica potomanía, auténtica “polidipsia por entrenamiento”. Para el diagnóstico tiene gran importancia la prueba del descondicionamiento de J. Decourt, prueba que consiste en tratar sintomáticamente el síndrome poliurópolisico mediante extractos posthipofisarios que posteriormente serán reemplazados por un placebo. En esta prueba existen tres posibilidades:

- que desaparezca la poliuria: se tratará de una diabetes insípida inducida;
- que reaparezca la poliuria al pasar al placebo: será una diabetes insípida orgánica;
- que se atenúe la poliuria, y entonces será una diabetes insípida orgánica asociada a una potomanía.

En caso de que sea así, habrá que dilucidar las dosis mínimas de posthipófisis o lisina-vasopresina indispensables.

Se admite que la potomanía forma parte de las alteraciones del comportamiento alimenticio, mas algunos autores (R. Kourilsky) se preguntan tímidamente si no existirá un especial estímulo de naturaleza orgánica a punto de ponerse en marcha, probablemente hipotalámico, causante de la obesidad y de la fijación imaginativa de la necesidad de beber.

Al leer la mayor parte de observaciones publicadas, vemos que al describir la personalidad se insiste en la “idea fija” en sí o en las alteraciones de la personalidad de tipo nervioso. Nos preguntamos si la conducta descrita o inscrita en el marco de posibles personalidades históricas no es secundaria a la necesidad de beber, siendo así que el problema fundamental (¿por qué esta necesidad?) queda oculto en segundo plano. Es esencial el sentido de la necesidad de la bebida, y convendría acometerlo sobre las mismas bases con que se ha estudiado la anorexia mental o la polifagia. M. Labbé cita una importante observación. Por el mismo tiempo hospitalizó en su servicio una potómana y una fagómana, ésta internada para una cura de adelgazamiento. Tras algún tiempo de hospitalizadas, la fagómana se había convertido en una gran poliúrica, se había pasado de la comida a la bebida y había adelgazado

mucho sin haber sentido los retortijones del hambre en su estómago. Al abordar el problema de la potomanía no hay que olvidar que en la alimentación infantil lo que se llama hambre es, como se ha señalado acertadamente, hambre de líquido, siendo la sed la primera tensión interna en el niño (R. Spitz). Creemos que la psicodinámica de la sed merece un estudio más profundo.

D. — ABERRACIONES EN LA COMIDA

Además de la comida normal, hay niños que se llevan a la boca todo lo que encuentran: papel, algodón, etc. Este fenómeno suele ocurrir en niños de 4 a 9 meses; disminuye su frecuencia al cumplir el año, pero puede prolongarse en los niños mentalmente retrasados.

L. Kanner señala que la *pica*², o voluntaria absorción de sustancias no nutritivas como jabón, tiza, carbón y tierra, existe en el niño de más tierna edad, y erróneamente se la ha comparado con la geofagia propia de determinadas culturas y mujeres encinta (consúltese el estudio de A. Saavedra y M. Escobar); en la geofagia la pervisión del gusto es discriminatoria, cosa que no ocurre en el niño. Cuando dichas aberraciones son episódicas y no discriminatorias en el niño, probablemente no serán sino una investigación por vía bucal del entorno. Para F. K. Millican, y R. S. Lourie (1969, 1970) han efectuado un importante estudio: una pica grave y prolongada, incluso antes del año y medio, hace pensar en un estado psicopatológico y equivale a una defensa contra la pérdida del objeto. Durante el segundo año el niño podrá identificarse con la actividad oral de la madre; los citados autores afirman que el 63% de madres de niños negros con pica también lo tenían ellas mismas. Con todo, prosiguen, la adopción por parte de la madre de este proceder como defensa frente a la ansiedad, no basta para producir pica en el muchacho por sí sola, salvo cuando haya una privación materna o paterna concomitante. En determinados casos el impulso era una auténtica “toxicomanía”, en sentido psicodinámico; la deformada satisfacción de los instintos se veía impelida por éstos a defenderse ante la seguridad perdida; el componente psicopatológico es mucho mayor para los niños menores de 6 años, en quienes se advierte una defectuosa visión de la realidad, producto de una lesión cerebral o un estado psicótico materno; los niños con pica solían tener además otros problemas de carácter oral.

Varios autores señalan que diversos envenenamientos con plomo son consecuencia de la pica.

En el primer año son muy raros la *coprofagia* y los juegos fecales. Se ha estudiado la coprofagia en el adulto, y hay autores que, como es el caso de S. Arieti, comparan este fenómeno regresivo en los esquizofrénicos con las actividades bucales del mono cuando se le han extirpado los lóbulos temporales. El fenómeno es más complejo en el niño. R. Spitz señala que la coprofagia aparece a finales del primer año, en el paso de la fase oral a la fase anal. Las especiales circunstancias del estadio en que ocurre la coprofagia hacen posible que el niño coprófago prefiera la materia fecal en su proceder incorporativo. De los estudios del autor, en todos los casos observados por él, las madres tenían una conducta hostil, inconsciente, frente a su hijo. Es extraordinario el número de niños coprófagos que han sido maltratados por su madre. Los niños coprófagos manifiestan estos síntomas orales al tener un afecto deprimido, y hay una positiva y significativa correlación entre la depresión materna

2. Del latín *pica*, urraca, por el hábito omnívoro de esta ave. (N. del T.)

y los juegos fecales del niño. Para R. Spitz, los juegos fecales son una especie de relación objetal, aun cuando sea patológica. En algunos de estos niños hay juegos genitales antes de tomar cuerpo la coprofagia, lo que indica la existencia de relaciones objetales relativamente normales antes de sufrir una perturbación. Si bien el embadurnarse con suciedad es cosa bastante frecuente en el niño, la afición a la materia fecal no es característica de la infancia sino —probablemente— tan sólo del niño coprófago.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. — *Oeuvres complètes*, 1966, vol. 2, 272-278 y 332-342.
- Archard, C. y Ramon, L. — Potomanie chez un enfant. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1905, 22, 380-390.
- Ajuriaguerra, J. de y Blanc, L. — Le rhinencéphale dans l'organisation cérébrale. Neurobiologie du système limbique d'après les faits et les hypothèses. En *Les grandes activités du rhinencéphale*, bajo la dirección de Th. Alajouanine, 297-337. Masson et Cie, edit., París, 1960.
- Alby, J. M. — L'obésité chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1960, 3/1, 310-330.
- Alliez, J., Codaccioni, J. L. y Gomila, J. — Anorexias mentales masculines. *Ann. Méd. psychol.*, 1945, 112, 2, 697.
- Barcai, A. — Family therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 286-290.
- Barraquer Bordas, L. — *Fisiología y clínica del sistema limbico*, Paz Montalvo, 1955.
- Berry-Bertrand, N. — Intérêt théorique et pratique de l'examen psychologique dans l'obésité infantile. *Psychol. franç.*, 1961, 6, n.º 4, 286-293.
- Beumont, P. J. V. — The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychol. Med.*, 1972, 2, 216-231.
- Bliss, E. L. y Branch, C. — *Anorexia nervosa*. Hoeber, Nueva York, 1960.
- Blum, G. S. — *Les théories psychanalytiques de la personnalité*. P.U.F., París, 1955.
- Boos, M. — *Introduction à la médecine psychosomatique*. P.U.F., París, 1959.
- Bourgeois, Ph. — Les limites de l'image du corps dans l'anorexia mentale. *Thèse, Genève*. Ed. Médecine et Hygiène, 1971.
- Bowlby, J. — The nature of the child's tie to his mother. *Int. J. Psycho-anal.*, 1958, 39, 350-373.
- Bowlby, J. — *Attachment and loss*, vol. I, Attachment. Hogarth Press, Londres, 1969.
- Bruch, H. — Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1965, 141, 555-566.
- Bruch, H. — Hunger and instinct. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1969, 149/2, 91-114.
- Bruch, H. — The insignificant difference: discordant incidence of anorexia nervosa in monozygotic twins. *Amer. J. Psychiat.*, 126/1, 85-90, 1969.
- Bruch, H. — Changing approaches to anorexia nervosa, 3-24. En *Anorexia and obesity*; C. V. Rowland Jr., dir.; Little Brown et Co., Boston, 1970.
- Bruch, H. — Juvenile obesity. Its course and outcome, 231-254. En *Anorexia and obesity*; C. V. Rowland Jr., dir.; Little Brown et Co, Boston, 1970.
- Bruch, H. — Psychotherapy and eating disorders, 335-351. En *Anorexia and obesity*; C. V. Rowland Jr., ed. Little Brown et Co, Boston, 1970.
- Bruch, H. — Anorexia nervosa in the male. *Psychosom. Med.*, 1971, 33, 31-47.
- Bruch, H. — Death in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, 1971, 33, 135-144.
- Brusset, B., Jeammet, P. — Les périodes boulimiques dans l'évolution de l'anorexia mentale de l'adolescente. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 661-690.
- Brusset, B., Wildlucher, D. — Quelques données de l'investigation psychanalytique dans l'anorexia mentale de la jeune fille. *Pédo-psychiatrie*, 1969, 25-29. Supplément annuel de *Rev. Neuropsychiat. infant.*
- Carrera, F. — Obesity in adolescence. *Psychosomatics*, 1967, 8, 342-349.
- Carrier, J. — L'anorexia mentale. Thèse Lyon. Le François, edit. París, 1939.
- Carrier, J. — L'anorexia mentale des adolescents. Aspects cliniques et thérapeutiques

- actuels. *Journ. Méd. Lyon*, 1963, 1437-1473.
- Cathala, J. — Les anorexias des jeunes enfants. *Nourrisson*, 1949, 37, 65-77.
- Cooper, M. — *Pica*. Springfield, Ill, Ch. C. Thomas, 1957.
- Cremerius, J. — Zur Prognose der Anorexia nervosa (13 fünfzehn-bis achtzehnjährige Katamnesen psychotherapeutisch unbehandelter Fälle). *Arch. für Psychiat. und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie*, 1965, 207, 378-393.
- Crémieux, A. — *Les difficultés alimentaires de l'enfant. Les anorexias mentales infantiles et juvéniles*, 89 págs. P.U.F., París, 1954.
- Crémieux, A. y Dongier. — Observations statistiques sur les familles où surviennent les anorexias mentales. *Ann. Méd. psychol.*, 1956, 114, 639-644.
- Crisp, A. H. — A treatment for anorexia nervosa. *Brit. J. Psychiat.*, 1965, 112, 505-512.
- Crisp, A. H. — Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1965, 58, 814-820.
- Dally, P. J. y Sargent, W. — Treatment and outcome of Anorexia Nervosa. *Brit. Med. J.*, 1966, 2, 793.
- Davis, C. M. — Choice of formulas made by three infants through out the nursing period. *Amer. J. Dis. Child*, 1935, 50.
- Davis, R. E. y Ruiz, R. A. — Infant feeding method and adolescent personality. *Amer. J. Psychiat.*, 1965, 122, 673-678.
- Debray, P. y Debray, H. R. — Les inappétences de l'enfant. *Cahiers Nutrition et Diététique*, julio-sept. 1966, 1, n.º 3, 43-46.
- Debré, R., Mozziconacci, P. y Alloiteau, J. J. — Études sur la faim et l'appétit. L'anorexia nerveuse du nourrisson et la soif élective. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, 26, n.º 11, 451-467.
- Debré, R., Mozziconacci, P. y Doumic, A. — Étude psychosomatique de l'anorexia nerveuse. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, 26, 445.
- Decourt, J. — L'anorexia mentale au temps de Lassègue et de Gull. *Presse méd.*, 1954, 16, 355-358.
- Decourt, J. — Sur l'anorexia mentale de l'adolescence dans le sexe masculin. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 499-503.
- Decourt, J., Langer, M. y Rouffy, J. — Le diabète insipide induit chez des potomanes. Guérison par déconditionnement. *Rev. Franç. Endo Clin.*, 1964, 5/3, 209-220.
- Decourt, J. y Michard, J. P. — Les rapports de l'anorexia mentale et de la maladie de Simmonds: aperçu historique et position actuelle du problème. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, 81, 3343.
- Decourt, J., Jayle, M. F., Lavergne, G. H. y Michard, J. P. — Nosologie de l'anorexia mentale. *Presse méd.* 1951, 59, 792-798.
- Decourt, J., Langer, M. y Rouffy, J. — Le diabète insipide induit chez des potomanes, Guérison par déconditionnement. *Rev. franç. Endocr. clin.* 1964, 5, 209-220.
- Deutsch, H. — *La psychologie des femmes*, t. 2, Maternité. P.U.F., París, 1955.
- Dreyfus, G. — L'obésité paradoxale, syndrome psychosomatique. *Presse méd.*, 1948, 56, 107-119.
- Durand, Ch. — La psychogenèse et le traitement de l'anorexia mentale. *Helvetica medica acta*, 1955, 22, 368-383.
- Everley Jones, H. — The fat child. *The Practitioner*, 1972, 208, 212-219.
- Falstein, E. I., Feinstein, S. y Judas, I. — Anorexia nervosa in the male child. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 751-772.
- Fenichel, O. — *La théorie psychanalytique des névroses*. 2 vols. P.U.F., París 1953.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. de D. Widlöcher, 1968. Gallimard, París, 1965.
- Gastaut, H. — Les troubles du comportement alimentaire chez les épileptiques psychomoteurs. *Rev. Neurol.*, 1955, 92, n.º 1, 55-62.
- Green, J. D. — Rhinencéphale et physiologie des lésions, págs. 95-109. En: *Les grandes activités du rhinencéphale*, bajo la dir. de Th. Alajouanine, 297-337. Masson et Cie., París, 1960.
- Gull, W. W. — Anorexia nervosa (apepsia hysterica). *Brit. Med. J.*, 1873, 2, 527.
- Haguenau, M. y Koupernik, C. — Anorexia mentale masculine: à propos de deux observations personnelles. *Revue de la littérature. Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 9, 505-514.
- Harlow, H. F. y Harlow, M. K. — The effects of early social deprivation on primates, págs. 67-77. En Symposium Bel-Air II, *Désafférentation expérimentale et clinique* (bajo la dir. de J. de Ajuriaguerra), Masson et Cie., Georg & Cie., 1965.
- Herschberg, A. D. — L'obésité hypothalamique. *Méd. et Hygiène*, 1965, 23, 104-106.

- Hess, W. R. y Akert, K. — Experimental data on role of hypothalamus in mechanisms of emotional behaviour. *Arch. Neuropsych.*, 1955, 73/2, 127-129.
- Hess, W. R. y Akert, K. — Experimental data on role of hypothalamus in mechanisms of emotional behaviour. *Arch. Neuropsych.*, 1955, 73/2, 127-129.
- Hirsch, J., Knittle, J. L., y Salans, L. B. — Cell lipid content and cell number in obese and nonobese human adipose tissue. *J. Clin. Invest.*, 1966, 45, 1023.
- Howard, A. N., Dub, I., y McMahon, M. — The incidence, cause and treatment of obesity in Leicester school children. *Practitioner*, 1971, 207, 662-668.
- Illingworth, R. S. — Sucking and swallowing difficulties in infancy: Diagnostic problem of dysphagia. *Arch. Dis. Child.*, 1969, 44, 655-665.
- Iversen, T., Juel-Nielsen, N. Quaade, F. Tolstrup, K. y Ostergaard, L. — Psychogenic obesity in children with special reference to Hilde Bruch theory. *Acta Paediatrica*, 1952, 41, 574-576.
- Jeammet, P., Gorge, A., Zweifel, F., y Flavigny, H. — Étude des interrelations familiales de l'anorexie mentale et d'un groupe de psychothérapie des parents. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 691-708.
- Kanner, L. — Pica. *Child Psychiatry*, págs. 487-493. Ch. C. Thomas Publisher, Springfield, Ill. EE. UU., 1960.
- Kay, D. W. K. — Anorexia nervosa: study in prognosis. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1953, 46, 669.
- Kay, D. W. K. y Leigh, D. — The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *J. Ment. Sci.*, 1954, 100, 411-431.
- Kestemberg, E. — L'anorexie mentale, approche psychanalytique. *Rev. Méd. psychosom.*, Paris, 1968, 10, 452-460.
- Kestemberg, E., Kestemberg J., y Decobert, S. — *La faim et le corps*. P.U.F., Paris, 1972.
- Klein, M. — La psychanalyse des enfants. Presses Universitaires de France, Paris, 1959.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. y Riviere, J. — Développements de la psychanalyse. Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
- Kluver, H. y Bucy, P. C. — Véase en *Le rhinencéphale dans l'organisation cérébrale*.
- Knitel, J. L., y Hirsch, J. — Effect of early nutrition on the development of rat epididymal fat pads: Cellularity and metabolism. *J. Clin. Invest.*, 1968, 47, 2091.
- Kreisler, L., Fain, M., y Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des troubles fonctionnels du nourrisson, coliques idiopathiques, insomnie, merycisme, anorexie, vomissements. *Psychiat. Infant.*, 1966, 9, 89-222.
- Kreisler, L. — L'abord psychosomatique de l'obésité commune de l'enfant. *La médecine infantile*, 1972, 74, 4, 309-326.
- Labbé, M. — De la potomanie. *Rev. Neurol.*, 1933, 1, 474-480.
- Laboucarie, J., Rascol, A., Karkous, E., Queritet, M. C. y Philip, B. — L'anorexie mentale, données résultant d'une expérience clinique et thérapeutique de 173 cas. *Rev. Méd. Toulouse*, 1966, 2, 193-210.
- Laplane, R. — Les vomissements du nourrisson. Étude clinique et nosologique. *Rev. Prat.*, 1952, pag. 261.
- Laplane, R., Etienne, M. y Laplane, D. — Étude psychologique de l'obésité infantile. *Sem. Hôp.*, 1956, 32, núms. 54-55/7.
- Lasègue, E. C. — De l'anorexie hystérique. *Arch. gén. Méd.*, 1873, 21, 385.
- Launay, Cl. — Anorexie mentale des grands enfants et des adolescents. *Gaz. Méd. France*, 1955, 62, 177.
- Launay, Cl., Trelat, J., Daymas, S., Tissot, A. y Jardin, F. — Le rôle du père dans le développement de l'anorexie juvénile. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1965, 13, 740-743.
- Le Magnen, J. — La neurophysiologie de la faim. *La recherche*, 1973, 4, 445-455.
- Lesser, L. I., Asenden, B. J., Debuskey, M. y Eisenberg, L. — Anorexia nervosa in children. *Am. J. Ortho-psychiat.*, 1960, 30/3, 572-580.
- Levy, D. M. — Fingersucking and accessory movements in early infancy. *Amer. J. Psychiat.*, 1928, 7, 881-918.
- Lhermitte, J., Martel, J. de, Guillaume y Ajuariaguerra, J. de. — Syndrome de cachexie progressive. Le problème de la maladie de Simmonds. *Rev. Neurol.*, 1939, 71, 166-172.
- Lindner, S. — Le suçotement des doigts, des lèvres etc. chez les enfants. *Rev. franç. Psychanal.*, 1971, 25, 593-608.
- Lourie, R. S., y Millican, F. K. — Pica. 455-470. En *Modern Perspectives in International Child Psychiatry*, J. G. Howells, dir.; Oliver et Boyd, Edimburgo, Publ., 1969.
- McLean, P. D. — The limbic system ("visceral brain") and emotional behaviour. *Arch. Neuro-Psych.*, 1955, 73/2, 130-134.

- Margaillan-Fiamengo, L. — *La succion du pouce et sa thérapeutique*. Éditions E. S. F., Paris, 1971.
- Mayer, J. — Some aspects of the problem of regulation of food intake and obesity. *New England J. Med.*, 1966, 274, 610-616.
- Meng, H. — Psyche und hormon. Hans Huber Verlag, Berna & Stuttgart (trad. española con el título de Endocrinología psicósomática, editada por Científico Médica, Barcelona, 1963).
- Meyer, J. E. — Das Syndrom der Anorexia nervosa. *Arch. für Psychiat. u. Zeitschrift f.d.g. Neurol.*, 1961, 202, 31-59.
- Meyer, J. E. — Anorexia nervosa of adolescence. The central syndrome of the anorexia group. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 118, 539-542.
- Meyer, J. E., Tuchelt-Gallwitz, A. — A study on social image, body image and the problem of psychogenetic factors in obesity. *Compr. Psychiat.*, 1968, 9, 148-154.
- Michaux, L., Gallot, H. M. y Benoit, Ph. — De la réduction alimentaire délibérée à l'anorexie intentionnelle. Première communication. A propos d'une observation gemellaire. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1956, 4, 205-212.
- Michaux, L., y Juredieu, C. — Les réactions névrotiques de la culpabilité et les activités autopunitives après renonciation de l'anorexie intentionnelle. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1957, 5, 42-48.
- Millican, F. K., Layman, E. M., Lourie, R. S. y Takahashi, L. Y. — Study of an oral fixation: Pica. *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 1968, 7/1, 79-107.
- Orlansky, H. — Infant care and personality. *Psychol. Bull.*, 1949, 40, 1-48.
- Pasteur-Valery-Radot, Delay, J. y Milliez, P. — Sur un cas de potomanie. *Ann. médico-psychol.*, 1939, 97, 320-324.
- Pavan, L. y Agius, S. — Considerazioni sulla anoressia mentale maschile. *Psichiatrica*, 1966, n.º 3, 393-401.
- Perelman, R., Hambourg, M., Boralevi, Cl., Desbois, J.-Cl., Watchi, J.-M. y Marie, J. — Cachexie diencephalique. Bilan normal. Étude anatomique de l'hypophyse. *Sem. Hôp. Paris*, 1969, 45, n.º 26, 444-448.
- Pichon, E. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Masson et C^{ie}, edit., Paris, 1936.
- Preyer, W. T. — *L'âme de l'enfant*. Trad. franc. M. de Varigny. Alcan, edit., Paris, 1887.
- Riser, M., Gayral, L., Baciocchi, M. y Bastie, Y. — Notes sur les maigres fonctionnelles. *Ann. Méd. psychol.*, 1960, 118, 2, 3-26.
- Roberts, E. — 1944. Véase Blum, G. S.
- Rollins, N. y Blackwell, A. — The treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: Stage 1. *Journ. of Child Psychol. Psychiat.*, 1968, 9, n.º 2, 81-91.
- Rose, J. — Eating inhibitions in children in relation to anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, 1943, 5, 117-124.
- Rowland, C. V. Jr. dir. — *Anorexia and obesity*, vol. 7, n.º 1. Little Brown and Co, Boston, 1970.
- Royer, P. — Pathologie du tissu adipeux, 1517-1538. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Le-long, M., Puesto al día 1965.
- Ryckewaert, Ph., Farriaux, J. P. y Fontaine, G. — Les syndromes polyuro-poly-dipsiques chez l'enfant. *Rev. Pédiat.*, 1966, 2, n.º 3, 167-174.
- Saavedra, A. y Escobar, M. — Acerca de la alotriofagia. *Rev. Neuro-Psiquiat.* (Perú), 1959, 22/4, 14-34.
- Samuel-Lajeunesse, B. — Le pronostic de l'anorexie mentale. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 447-470.
- Schachter, M. — Étude clinico-psychologique du succionnement digital tardif. Sucement digital et complexe de laideur. *Acta Paedo-psychiatrica*, 1964, 31, núms. 2-3.
- Schachter, S. — Some extraordinary facts about obese humans and rats. *Amer. Psychol.*, 1971, 26, 129-144.
- Schreiner, L. y Kling, A. — Effects of castration on hypersexual behaviour induced by rhinencephalic injury in cat. *J. Neurol. Psychiat.*, 1954, 72, 2, 180-186.
- Selvini-Palazzoli, M. — *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, ed., Milán, 1963.
- Schreiner, L. y Kling, A. — Véase en *Le rhinencéphale dans l'organisation cérébrale*.
- Shentoub, S. A. y Soulaire, A. — L'enfant automutilateur. *Psychiat. Infant.*, 1961, 3, 111-146.
- Soulaire, A. — La régularisation neuroendocrinienne de l'appétit. *Ann. Méd. Psychol.*, 1949, 107, 1, 82-83.
- Soulé, M. — L'obésité chez l'enfant. Aspects psychosomatiques. *Cahiers Méd. Lyonnais*, 30 junio 1965, 41, 12; 1123-1131.
- Soulé, M. — En: La clinique psychosomatique de l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1967, 10/1, 157-198.

- Spitz, R. — *Le non et le oui*. P.U.F., París, 1962.
- Taipale, V., Larkio-Miettinen, K., Valanne, E. H., Moren, R., y Aukee, M. — Anorexia nervosa in boys. *Psychosomatics*, 1972, 13, 236-240.
- Theander, S. — Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta psychiat. scand.* supl. 214, 1970.
- Thomä, H. — *Anorexia nervosa*. Huber-Klett, Berna, Stuttgart, 1961.
- Trillat, E. — Oralité et conduites de restriction alimentaire. En *Redécouverte du jeûne*, págs. 211-246. Edition Le Cerf, 1959.
- Volmat, R., Allers, G., Vittouris, N., Dufay, F. — Statut actuel clinique et thérapeutique de l'anorexie mentale. *Ann. Méd. Psychol.*, 1970, 128, 1, 2, 161-184.
- Waller, J. V., Kaufman, M. R. y Deutsch, F. — Anorexia nervosa, a psychosomatic entity. *Psychosom. Med.*, 1940, 2, 3-16.
- Warren, W. — Un estudio de la anorexia nervosa en mujeres adolescentes. *Rev. argent. Psiquiatr. Psicol. infancia adolescencia*, 1971, 2, 2, 203-218.
- Weizsäcker, V. von. — Über Träume bei sogenannter endogener Magersucht. *Deutsche medizin. Wochenschr.*, 1957, 63, 253.
- Widdowson, E. M. y McCance, R. A. — Some effects of accelerating growth. I. General somatic development. *Proc. Roy. Soc. B.*, 1960, 152, 188-206.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pág. 373. Payot, París, 1969.
- Wisner, R. — Les fonctions endocriniennes dans l'anorexie mentale. *Praxis*, 1966, 54, 981-999.
- Wolff, O. H. — L'enfant obèse. *Triangle Sandoz*, 1966, 7, n.º 5, 234-239.
- Ziegler, R. y Sours, J. A. — A naturalistic study patients with anorexia nervosa admitted to a university medical center. *Compr. Psychiat.*, 1968, 9, 644-651.
- * * *
- Symposium Anorexia Nervosa*, el 24-25 abril 1965, en Göttinga. Bajo la dirección de Meyer, J. E. y Feldmann, H.; Georg Thieme, Verlag, Stuttgart.

CAPÍTULO VIII

LA ORGANIZACIÓN PSICOMOTRIZ
Y SUS PERTURBACIONES

I. — EVOLUCIÓN DE LA MOTRICIDAD

La evolución de la motricidad en el niño es compleja y las distintas fases del desarrollo neurológico son conocidas (André-Thomas y J. de Ajuriaguerra; M. Stambäck; C. Koupennik y R. Dailly; B. C. L. Touwen y H. F. R. Prechtl; H. F. R. Prechtl y D. J. Beintema; R. Dailly; A. B. Lefèvre).

La valoración neurológica debe relacionarse con el desarrollo y la maduración, el estado conductual de sujeto y las condiciones de entorno y técnicas durante el examen del sujeto.

Pero, de hecho, el acto motor no puede ser concebido como el funcionamiento de sistemas neurológicos yuxtapuestos. A este respecto W. R. Hess, considera que no se puede comprender el desenvolvimiento de la actividad motriz si sólo tenemos en cuenta el papel de los sistemas piramidal y extrapiramidal; este autor considera que existen en ello dos tipos de sistemas; el sistema teleocinético encargado de movilizar las fuerzas que dirigen los ojos, la cabeza y el cuerpo hacia un punto determinado, y el sistema ereismático cuyo papel es el de preparar la posición de partida y compensar las fuerzas que puedan oponerse a la perfecta ejecución de los movimientos dirigidos hacia un fin. Sólo se puede comprender la acción si tenemos en cuenta el punto de partida, el desenvolvimiento y el fin que quiere conseguir.

El desarrollo motor, pasa esquemáticamente por varias fases:

— La primera, que comprende la organización del esqueleto motor, la organización tónica de fondo, la organización propioceptiva y la desaparición de reacciones primitivas. La primera etapa no es simplemente refleja. Como dice A. Rey; el ser humano nace con las solas condiciones anatomofisiológicas de sus reflejos; para pasar a actos el hombre ha de sentir la resistencia del medio en forma de estímulos procedentes del exterior, que vienen a quebrantar su equilibrio organizativo. "La actualización de las posibilidades reflejas constituye de por sí una modalidad asimiladora que se acomoda al medio en cuanto se pone en funcionamiento." En la medida en que vive, el organismo solicita su propia estructuración por el medio actualizando las sucesivas posibilidades que su crecimiento presupone. A. Rey acierta al considerar que "en general cabe decir que los actos engendran reflejos condicionados que a su

vez los facilitan. Mirado estáticamente, esta conducta es semejante a un sistema de reflejos condicionados; mirándola como ejercicio, es un acto que se condiciona a sí mismo."

— La segunda fase es la de la organización del plano motor, en que se pasa de la integración sucesiva a la integración simultánea. La melodía cinética se caracteriza por una movilidad —perfeccionada espaciotemporalmente— de formas que crean al deshacerse y rehacerse. Pasamos del plano metamérico a una labilidad funcional que al desarrollarse pone sus propios cimientos en relación con el funcionamiento plástico de las formas anatómicas y con un plan gnóstico y social descubierto y progresivamente creciente.

— La tercera fase corresponde a la automatización de lo adquirido.

En ellas el tono y la motilidad no están aislados; ésta se enriquece mediante condicionamientos e inhibiciones propios o ajenos al sistema. El aspecto psicomotor dependerá de la forma de maduración motora (en su sentido neurológico), pero también de la forma de desarrollarse lo que podemos denominar sistemas de referencias, a saber: el plano constructivo espacial (originado por la sensoriomotricidad y que a su vez configuran la psicomotricidad) la evolución de los planos perceptivo-gnósticos, gnosoconstructivo y corporal.

No hay que disociar la evolución infantil de la sensoriomotora. Difusa e indiferenciada con reactividad global inicial, la motricidad adquiere posteriormente sucesivos valores como formas de contacto y expresión, de exploración y utilización. El niño descubre el mundo de los objetos mediante el movimiento y la vista; pero su descubrimiento de los objetos sólo será fructífero cuando sea capaz de coger y dejar, cuando haya adquirido el concepto de distancia entre él y el objeto manipulado, y cuando éste ya no forme parte de su simple e indiferenciada actividad corporal.

En los primeros meses la capacidad motriz está muy frenada por la hipertonía y falta de madurez que obstaculizan la disociación de movimientos. La evolución motora es pareja de las posibilidades madurativas: desaparecen los primitivos reflejos, aparece la acción extensora de la mano, la oposición del pulgar y la rotación de la muñeca. Durante algún tiempo los problemas de maduración tendrán capital importancia; fuerza, rapidez y precisión dependerán del grado de maduración, de la regulación del movimiento, de la progresiva cronometría y de la capacidad inhibidora sincinética.

Antes que el acto adquiera su total perfección se desarrolla ya espacialmente, en un terreno libre y no organizado, inicialmente, con unas orientaciones y finalmente en un terreno representado. En los primeros movimientos el niño "es impulsado" a un campo, cuyos límites de desplazamiento le son impuestos; se formará su propio campo por su propia actuación y lo organizará al ir ocupando los diversos lugares respecto a los objetos. El movimiento y el contacto le permitirán explorar fuera del campo, con lo que descubrirá el espacio circular.

La referencia al cuerpo únicamente existe en la medida en que lo posee, ya que el esquema corporal (la referencia en sí misma) no es un dato sino una práctica que evoluciona con la exploración y la imitación. Mas una cosa es la acción espacial, y otra la representación en el espacio y el mismo espacio, con sus posibles objetos a investigar. En esta evolución se hace difícil deslindar somatognosia y gnosopraxia. Entre la ejecución de un acto complejo y su representación hay todo un período de transición que va del de la simple imitación al operativo.

En el lenguaje clásico se habla de praxias a partir del instante en que el movimiento incide en el marco de una actividad simbólica resultante de una diferenciación entre significante y significado.

Para J. Piaget, los aspectos progresivos del pensamiento derivan de la imitación, que asegura el paso de lo sensoriomotor al pensamiento representativo, preparando el necesario simbolismo para que éste se dé. La representación gestual difiere de la representación imaginativa. Para dicho autor se pasa sucesivamente del juego simbólico (representación de objetos mediante la acción y los gestos), que se disocia del simple juego del ejercicio funcional, a la imitación gráfica (con sus múltiples variantes que llevan a la imitación gráfica o al dibujo) y a la imagen mental resultante de imágenes interiorizadas. Sin embargo, para J. Piaget, el pensamiento representativo comporta dos aspectos diferentes: el figurativo y el operativo.

La acción praxica no es determinable por una prueba especial sino por sus implicaciones figurativas operativas. En el dibujo, por ejemplo, hay copias que tienen un valor puramente figurativo mientras que otras aparentemente más sencillas tienen valor operativo. Ciertos gestos complejos, calcados de la realidad, son simples imitaciones figurativas, mientras que la imitación de gestos más sencillos entra en el marco operativo. Con respecto al gesto, que tiene por objeto simular un acto transitivo sin la presencia del objeto, J. Piaget señala que tiende a la representación imitativa del acto y no a su ejecución en situación operativa.

Clinicamente, el estudio genético de la motilidad se comprende únicamente siguiendo su línea de evolución, de unos movimientos incoordinados a otros coordinados y con un objetivo, cuyos gestos implican un aspecto figurativo u operativo.

Tengamos en cuenta, como ya se ha indicado, que los diversos afectos y hechos de conciencia vienen acompañados de cambios tónicos. Los diversos afectos producen sus correspondientes variaciones tónicas musculares; al comunicarse dicho cambio de un músculo a otro, para cada estado afectivo el resultante es cierta cualidad tónica que le caracteriza: su "tono Gestalt". En condiciones patológicas, el tono Gestalt sufre igualmente determinados cambios.

H. Wallon señala reacciones de prestancia, posturas y mímicas que tienen su origen en la presencia o en la mirada de otra persona.

Mediante una especial técnica experimental, M. de Bonis-Vincenti ha estudiado el influjo de una mirada ajena en el niño de 4 a 6 años. La demostrativa expresividad mímica es mayor en las niñas, en diversas edades, pero la intensidad de su mímica no guarda relación con la intensidad de la inestabilidad de su postura.

Podemos admitir que el comportamiento infantil se expresa en dos niveles de variada complejidad: como comportamiento emocional y como conducta social. A partir de los 4 años tanto los niños como las niñas reaccionan al mirarlos otra persona, aun cuando los niños —menos precoces que las niñas— hasta los cinco años no manifestarán su máxima capacidad de reacción. Progresivamente se van controlando y llegan a dominar su apariencia.

Por tanto, es un error estudiar la psicomotricidad tan sólo en su plano motor, empeñándose en el estudio de un "hombre motor". Esto nos llevaría a considerar la motricidad como una simple función instrumental puramente realizadora y dependiente de la puesta en marcha de unos sistemas por una fuerza que les es extraña, tanto si es externa como si es propia del individuo, despersonalizando por completo la función motora. Los cambios tónicos y la actividad motora son a un tiempo expresión y reacción. Como señala Kauders, "no existe un límite entre la serie de fenómenos motores y psíquicos, pero en todos los enfermos existe una unidad de manifestaciones y hechos reales. Dentro de ciertos límites, incluso los procesos psíquicos y motores pueden ser remplazados". Un acontecimiento psíquico todavía no plenamente maduro puede representarse mediante una expresión motora antes de que se produzca una evidente y perfecta idea de lo sucedido o dada su formulación

verbal. Como señala H. Wallon, "situadas entre el automatismo de las reacciones y la actividad intelectual, las emociones tienen respecto a ellos la doble relación de filiación u oposición".

El carácter emotivo de la relación tonicoemocional lo subraya H. Wallon en lo que denomina simbiosis afectiva, posterior a la primera simbiosis originaria fisiológica entre la madre y el niño, y origina una conducta que no es tan sólo un grito para pedir los cuidados maternos que le son necesarios, sino sonrisas o signos de alegría, auténticos lazos afectivos, entre él y quienes se toman el cuidado de responder. De la participación afectiva se desprende el proceso imitador que se inscribe entre dos términos contrarios: fusión-alienación del Yo en la cosa o participación en el objeto y desdoblamiento del acto realizado y del modelo. Las bases de la auténtica afirmación del Yo se preparan al distinguir la parte de la conciencia del Yo y de la de los otros. La imitación de los demás se puede ver desde el ángulo de una auténtica impregnación postural; la relación tónica no es sino experiencia corporal; y a la inversa, el cuerpo no es sino el producto vivencial de la experiencia tónica. Ha sido preocupación constante de H. Wallon señalar la importancia de la primera fusión afectiva en el posterior desarrollo personal, fusión expresada mediante fenómenos motores, en un diálogo que preludia el posterior diálogo verbal y al que damos el nombre de "diálogo tónico". El diálogo tónico, que se encarga de sumergir a la personalidad entera en la comunicación afectiva, tan sólo puede tener un instrumento a su medida, un instrumento total: el cuerpo.

Subrayemos que entre H. Wallon y J. Piaget hay puntos de desacuerdo. J. Piaget coincide con H. Wallon en señalar la importancia del sistema postural y de la actitud en la génesis representativa: pero, para él, dicha génesis tan sólo es válida para el aspecto figurativo del pensamiento, mientras que el aspecto operativo prolonga la motricidad como tal.

J. Piaget precisa que en toda acción lo motor y lo energético son de naturaleza afectiva (necesidad y satisfacción), mientras que la estructura es de naturaleza cognitiva (el esquema como organización sensoriomotriz). Para J. Piaget, asimilar un objeto a un esquema equivale a tratar de satisfacer una necesidad y de conferir una estructura cognitiva a la acción.

A. Kulka, C. Fry y F. J. Goldstein creen en la existencia de una auténtica necesidad cinestésica. Basan su opinión en que:

- la motilidad es la forma de expresarse el impulso cinestésico;
- el desarrollo cinestésico de una persona está influido por los acontecimientos de su vida, especialmente por las primeras reacciones madre-hijo;
- hay cambios, probablemente de naturaleza constitucional, incluso en la misma necesidad y en la tolerancia de las frustraciones.

A. Kulka y otros, tienen en cuenta la privación cinestésica para explicar determinadas hipercinesias infantiles.

Por el contrario, D. M. Levy señala que los lactantes privados de luz y movimiento están en una inercia y un estupor que recuerdan ciertos estados cata-tónicos. Al estudiar las consecuencias de la coacción física téngase en cuenta —como señala P. Greenacre—, junto a la coacción propiamente dicha, la falta de excitación.

II. — TIPOS PSICOMOTORES

Con este término nos referimos a los aspectos de la motilidad infantil, que presentan una concordancia entre una especial conducta motora y una manera de actividad psíquica relativamente definida. Según los autores, los tipos psicomotores se inscriben en el marco de formas subnormales de la conducta infantil (al margen de una norma hipotética), o en el marco de lo patológico. Sobre este particular H. Wallon escribe: "Normalmente se considera el tipo como correspondiente a un atenuado grado síndromico, al que está unido por una continua cadena de intermedios. Del síndrome al tipo media la misma distancia que de lo normal a lo patológico." Al estudiar el estadio proyectivo, dice este autor: "No es forzosamente patológico este tipo de complexión psicomotora; una vez definido, se halla en grados más o menos notables en personas que obran aparentemente con normalidad. Interviene entre los polos de constitución psicosomática y los síndromes patológicos."

Los principales síndromes psicológicos han sido descritos por A. Homburger, M. Gourévitch y H. Wallon, partiendo de la patología, de la descripción del síndrome de insuficiencia psicomotora, y el primero descrito fue el de E. Dupré (síndrome de debilidad motora y mental). Estos tipos tienen su razón de ser en su especial motricidad, según el grado de evolución y por el hecho de que el sistema psicomotor corresponda a niveles evolutivos de carácter general o a características propias de unas personas concretas. Por eso existe cierta ambigüedad entre la tipología psicomotora y el síndrome psicomotor, en el sentido patológico de la palabra.

Sobre una base fisiológica, M. Gourévitch distingue diferentes componentes motores:

- El componente extrapiramidal: tono, regulación de la inervación y denervación, tiempo-ritmos, movimientos automáticos (expresivos y defensivos), sincinesias, etcétera.
- El componente piramidal: fuerza y energía de movimientos y precisión de diversos elementos motores.
- El componente frontal: actividad motora, facilidad en movimientos simultáneos, aptitud para la creación de fórmulas motoras.
- El componente corticocerebral: adaptación de movimientos en el espacio (dirección y coordinación).

Dicha división corresponde a un concepto fisiológico establecido en función de los conocimientos de patología y su valor es meramente negativo. Por lo demás, corresponde en parte a especiales puntos patológicos del adulto, ya que, como dice Lotmar, no debe olvidarse que "cada etapa de la evolución cerebral, dependiente de la progresiva maduración de nuevas células y conductos, requiere una nueva teoría fisiopatológica". Lesiones de idéntica naturaleza y nivel pueden producir síntomas clínicos diversos según el momento en que se producen. Los trastornos del niño en crecimiento raramente son de un solo tipo; es bastante característico su polimorfismo, y según sus intrincaciones, los componentes motores y ciertos componentes psicológicos o psicopatológicos pueden motivar síndromes diversos.

M. Gourévitch establece una lista de síndromes psicomotores, y a cada uno lo bautiza con el nombre del primer autor que lo identificó: ha tratado de hacerlos coincidir con una clasificación fisiológica (síndrome piramidal de E. Dupré, cortico-proyectivo de H. Wallon, etc.).

H. Wallon admite la clasificación de M. Gourévitch, haciendo ciertas modificaciones; considera que a veces las relaciones son "menos sencillas y directas, no tan

fácilmente reductibles a una distribución funcional y topográfica". A continuación indicamos los tipos psicomotores, pudiendo ser cada uno de ellos más o menos notable, para constituir un síndrome en su grado superior:

- el tipo de infantilismo motor de A. Homburger;
- el tipo de asinergia motriz y mental de insuficiencia cerebelosa;
- el tipo extrapiramidal inferior de Homburger-Gourévitch;
- el tipo extrapiramidal medio;
- el tipo extrapiramidal superior, que H. Wallon igualmente llamó subcoreico, porque su característica inestabilidad guarda cierto parecido con la corea;
- el tipo corticoproyectivo;
- el tipo corticoasociativo de insuficiencia frontal;
- el tipo inestable posturopsíquico.

Introducir en la vida mental la idea de sistemas anatomofisiológicos motores parece un tanto paradójico —y lo es si nos limitamos a enfrentar la asinergia motora a la asinergia psicomotora—, mas, en determinados casos, los hechos no demuestran dicha concordancia. Prescindiendo de toda fórmula anatomoclínica, podemos oponer esquemáticamente el síndrome bradipsicocinético (extrapiramidal superior o medio de los citados autores) acompañado de componentes obsesivos o esquizoides, o bien, epileptoides, al síndrome hiperpsicocinético (subcoreico) acompañado de componentes emocionales "sensitivos" o caracteriales. No es ocasión de desarrollar la descripción de los tipos que pueden servirnos de guía, pero tampoco hay que considerarlos entidades distintas.

Es válido el esfuerzo de cuantos autores han tratado de describir los tipos de motilidad; nos demuestra la necesidad de proseguir el estudio de la integración y desintegración psicomotoras y sus correspondencias psicosomáticas. Para ello hay que alejarse de la anatomofisiología pura que, bajo el pretexto de precisión, frena la clara visión de los hechos observados y no plantea el problema bajo su más amplia posibilidad de personalidades psicosomáticas. Tal vez sea ésta la razón de que las clasificaciones hechas con adultos (diversas variedades señaladas por E. Kretschmer y sus sucesores) parezcan más coherentes y comprensibles, aun rechazándolas por razones teóricas.

Sobre la base de los datos morfológicos y funcionales se señalan diferentes tipos psicomotores, (J. Dublineau; P. R. Bize).

Por nuestra parte, proponemos una *tipología psicoafectivomotora* en la que se reúnen elementos pertenecientes a diversos planos: morfológico, clínico y afectivo:

- *El tipo atlético hipertónico*: lento, inhábil, fuerte, musculoso, de pequeña sensibilidad, de pequeño balanceo al andar. Corresponde, en parte, desde el punto de vista psicológico, al *glis-chroïde* de F. Minkowska y al instintivo-motor de J. Dublineau.
- *El tipo hipotónico, asténico-pasivo*: desmañado, flojo, abatido, hiperextensible, con notable oscilación, correspondiente al asténico y psicasténico adulto.
- *El tipo dilatado*, que puede ser hábil, ágil, a veces hiperextensible, con reacciones en que tiende a limitar su balanceo. Sintónico o hipsintónico próximo al emotivomotor.
- *El tipo longilíneo osteomuscular*, ágil, hábil, con extensibilidad normal y balanceo reducido por empaque.

Los dos primeros tipos pueden considerarse patológicos.

III. — TRASTORNOS PSICOMOTORES

A. — PERTURBACIONES TONICOEMOCIONALES PRECOCES

No queremos volver sobre los trastornos descritos por R. Spitz por la privación de afecto. Sabemos que en caso de parcial carencia afectiva, a partir del tercer mes aparece un retraso motor acompañado de expresión facial rígida. Si la privación de afecto se prolonga el niño entra en la denominada por R. Spitz *depresión anaclítica*. Cuando la carencia es total, los trastornos motores son considerables, los niños se muestran completamente pasivos, gimen en la cama, tienen cara inexpressiva, están inmóviles y son incapaces de volverse. Pasado un tiempo, el movimiento se manifiesta en forma de *spasmus nutans*. Hacen extraños movimientos de dedos que recuerdan los movimientos catatónicos.

En sus estudios sobre los estados de tensión ansiosa del recién nacido, M. Ribble describe tres géneros de desórdenes psicomotores: *hiperactividad crónica*, *hipertensión muscular* y *estupor con hipertonia muscular*. Es muy raro que aparezca nada más nacer; son más frecuentes al cabo de unos meses. Los estados en tensión se dan, según M. Ribble, en niños cuya madre se agotó en los últimos meses del embarazo o sufrió perturbaciones emotivas; en niños alimentados artificialmente, tanto si se les ha destetado ya en la primera semana como si ha sido después, pero bruscamente; en niños insuficientemente alimentados (los que mamen demasiado poco) o a los que se impone una disciplina del esfínter antes de hora (p. ej., en los niños prematuros). Piensa que la hipertonia muscular sigue a una tensión interna de bases psicológicas y en relación con la asfixia y el hambre. En la descripción que nos ofrece se demuestra que la sedación del hipertonio puede ocasionarse por una serie de maniobras que nada tienen que ver con el hambre o la asfixia: baños tibios, caricias en la cara y la cabeza, disminución de la luz, balanceos rítmicos. Como señala A. Hadji-Dimo, es evidente que tales maniobras no están en relación con la nutrición y la respiración, pero especialmente las dos últimas pruebas (disminución de la luz y del balanceo) no pueden actuar, sino modificando el tono postural mediante el laberinto y la sensibilidad propioceptiva.

B. — HÁBITOS Y DESCARGAS MOTRICES EN LA EVOLUCIÓN

En los primeros años del desarrollo psicomotor normal del niño se observa cierto número de actos motores primitivos con carácter genérico y que suelen considerarse patológicos. Algunas de tales manifestaciones aparecen con un cierto ritmo y parecen limitadas por la oscilación de un circuito sensorio-sensitivo-motor, en tanto otras responden a configuraciones de mayor complejidad y se integran, con su ambigua apariencia de manipulación y significado interrelacionales, en las coordenadas del despliegue de la motilidad. Durante la evolución, el movimiento puede encontrarse con objetos y orificios a que aferrarse, con los que se complace y se halla a sí mismo. Las ritmias o hallazgos ocasionales irán desapareciendo conforme el niño sea capaz, no ya de aguantar su movimiento y extraer complacencias momentáneas, sino

cuando el tacto tenga ya objetivos más claros, correspondientes a necesidades más precisas y localizadas.

Con todo, si el sector virgen que separa la actividad desorganizada casi vegetativa y carente de intenciones de relación, de la actividad organizada significativa y práctica, tiende a estrecharse progresivamente, conforme avanza la evolución, durante algún tiempo se verá aparecer lo que pudiera ser una especie de reliquia de los impulsos motores de las estructuras más elementales.

I. Lézine y M. Stambak han seguido y observado atentamente las descargas motoras en los niños, desde el nacimiento a los 2 años; han agrupado las descargas motoras en cuatro categorías y, por una parte, han demostrado las relaciones entre ciertos tipos motores y, por otra, la frecuencia y la forma de estas actividades. Son:

- Las descargas elementales.
- Las descargas de tipo exploratorio: restregarse con las manos la nariz, los ojos, las orejas y la cabeza, retorcerse el pelo, llevarse los dedos a la nariz, tocarse sus órganos sexuales y la pelvis.
- Descargas de tipo rítmico: balanceos —estando acostado, sentado, de pie o a gatas— de la cabeza inicialmente, y después de todo el cuerpo, tronco, etc.
- Descargas de tipo autoofensivo: golpearse la cabeza con las manos, contra el borde de la cama, contra la pared, etc.

Las descargas elementales son dentro del conjunto las más precoces; las descargas de exploración del propio cuerpo se instauran con el progreso del desarrollo postural y de la motricidad de los miembros superiores. Las descargas motrices tienen, por lo tanto, un carácter de generalidad en el niño en evolución, pero presentan algunas particularidades según cada sujeto y sus características morfofuncionales. Así siguiendo las características del tono las descargas serán diferentes, por ejemplo:

- El niño hipertónico, poco extensible, que se mueve con bruscas sacudidas —que irán en aumento por las adquisiciones del desarrollo posicional en que ya se tiene de pie y se desplaza—, se mostrará más bien explorador del medio ambiente que minucioso manipulador de objetos. En él se dan numerosas descargas motoras de tipo violento.

- El niño hipotónico, de articulaciones extensibles —el clásico “chico de goma”—, tiene movimientos simples y no trabados. En conjunto es más bien reposado y su desarrollo posicional es más tardío. Puede gustarle manejar objetos delicados. Son menos numerosas las descargas motoras que las descargas (de tipo fino) exploratorias del propio cuerpo.

Es evidente que estos componentes morfofuncionales no bastan para explicar ni siquiera la existencia pura y simple de tales hábitos ni su posterior mantenimiento. Los hábitos forman parte de la manera de ser del niño y pueden mutarse en necesidades; su persistencia únicamente se explicará por la fase de su desarrollo y la fundamentación de su personalidad.

I. — PSICODINÁMICA DE LOS HÁBITOS MOTORES PERSISTENTES

Sucesivamente iremos estudiando las ritmias motoras, que entre sí ofrecen cierta coherencia interna, y sus formas específicas, cuyas fórmulas explicativas son mucho más complejas.

1.º Ritmias motoras

Con el término “ritmias” (M. Schachter) entendemos las manifestaciones motoras o psicomotoras más o menos regulares, bruscas y de variable amplitud de un caso a otro, que afectan ya tan sólo a la cabeza (ritmia cefálica), ya a la cabeza y los ojos (ritmia oculocefálica), o a la cabeza y al tronco (ritmia cefalocorporal). A veces los miembros superiores se unen al movimiento. R. S. Lourie, que insiste en el aspecto rítmico de algunos de los fenómenos motores, señala su frecuencia en el niño normal e insiste en que la importancia de las partes del cuerpo que actúan depende, en principio, fundamentalmente del grado de desarrollo neuromotor. Aporta un pequeño número de casos de niños que mueven la cabeza antes del tercer mes, edad en que únicamente los sistemas neuromusculares permiten discretos desplazamientos, suficientemente diferenciados para que —en palabras del autor— “exista cierta dosis de control voluntario”. En cuanto mueven la cabeza, los niños extienden su actividad rítmica a todo el cuerpo. Cree que un porcentaje que oscila entre el 15 y el 20% lo hacen cuando viven en dependencias hospitalarias, y un porcentaje más inferior en centros privados, donde llega tan sólo al 10%. Estos movimientos cesan normalmente entre los dos años y medio y los tres años, aun cuando en un pequeño número persisten hasta los 8 o 10 años. Dichos movimientos tienden a acentuarse en fases de transición como la de la adquisición de posturas, antes de lograr mantenerse perfectamente sentado, antes de mantenerse por sí solo en pie y cuando todavía vacila al dar sus pasos. Según S. A. Shentoub y A. Soulaire, los balanceos infantiles decrecen en una curva que va de los 9 meses a los 2 años, para continuarse en línea recta. Es mínimo el porcentaje de niños que todavía se balancean a los 3, 4 y 5 años. I. Lézine y M. Stambak señalan que el balanceo es mucho más manifestado en los niños hipertónicos, en quienes se produce muy tempranamente y se mantiene hasta la segunda mitad del segundo año, mientras que en los niños hipotónicos la vacilación es más rara, aparece más tarde y dura mucho menos. R. S. Lourie atribuye a las ritmias motoras el valor de necesidades instintivas de satisfacción y fenómenos facilitadores del desarrollo motor y formativo del Yo. Posteriormente podrán utilizarse como expresión emocional.

Los movimientos de cadencia pueden producirse tanto de noche como de día, y en el primer caso forman parte de las llamadas “ritmias del sueño”. En todo caso, la actividad rítmica limita o desciende el nivel de conciencia, de manera que se ha llegado a decir que por estos procedimientos el niño trata de lograr su evasión. Así, al llegar la noche, el niño alcanza un auténtico estado autohipnótico que le produce el sueño, y emplea la jornada para resolver sus tensiones y descargar su ansiedad (J. Evans).

Ciertos autores consideran entre los movimientos de cabeza el *spasmus nutans*, fenómeno de oscilación cefálica (horizontal, vertical, diagonal o rotatorio) que va acompañado de nistagmo en el 60% de casos. N. H. Greenberg así como J. A. B. Fineman y cols., han comprobado una falta de luz en el entorno de los lactantes y han descrito una perturbación de la interacción madre-hijo; el *spasmus nutans* sería un medio para reducir el estado de tensión engendrado por unas necesidades no satisfechas.

2.º Formas especiales de hábitos motores

En vez de detenernos en el estudio de todos los tipos de hábitos motores para mostrar la complejidad del problema, preferimos ver tres y exponer las diversas

hipótesis que sobre cada uno de ellos se han pronunciado, pasando seguidamente a reconsiderar el valor de la suma de hábitos motores.

El "head banging" — El "head banging" de los autores anglosajones, que podríamos llamar *offensa capitis*, responde a un hábito señalado por S. Gee en 1886, cuya característica más notable es un amplio balanceo, generalmente anteroposterior, aun cuando a veces pueda ser de un lado a otro, y cada una de sus fases viene señalada por un golpe más o menos violento de la cabeza contra una superficie o contra cualquier elemento resistente que se halle a su alcance. Este espectacular fenómeno suele preocupar a los padres por sus consecuencias indirectas, la erosión cutánea que provoca, la alteración del silencio nocturno que produce y las naturales quejas del vecindario.

Los ruidosos cabezazos se producen habitualmente de noche, aun cuando también pueden ocurrir de día, a razón de 60 u 80 golpes por minuto, y esto durante un lapso de tiempo que va de quince minutos a una hora.

Ni el examen neurológico ni el E. E. G. ofrecen nada especial. En conjunto, no se advierten trastornos somáticos. La *offensa capitis* puede ocurrir en niños de inteligencia normal y sin la menor perturbación psicótica.

V. de Lissovoy (1961) ha descrito sistemáticamente la *offensa capitis* en un grupo de 33 niños normales de 10 a 45 meses. Dice que en todos los casos las madres pudieron observar con anterioridad otras muestras rítmicas: rodar la cabeza, acunarse, el vaivén lateral, o hacer rodar todo el cuerpo. En otro estudio el autor señala que la incidencia de la *offensa capitis* en una población normal de 19 a 32 meses es del orden del 15,2% (un 22,3% en niños y un 7,4% en niñas).

J. Kravitz y otros (1960), en un estudio basado en 1.168 lactantes normales, encuentra un porcentaje menor de *offensa capitis*: un 3,6% (más niños que niñas, en una proporción de 3,5 a 1). La media de edad inicial es de 8 meses, y la duración media de 17. Señalan que el 67% de niños que practican la *offensa capitis* también se acunan. Consideran que la *offensa capitis* es una forma de reducir la tensión del nacimiento de los incisivos y del período de transición entre el tiempo en que se mantiene sentado y el tiempo en que comienza a gatear.

Dichas manifestaciones van desapareciendo progresivamente, aun cuando pueden durar hasta pasados los 4 años e incluso hasta los 10 (H. Kravitz, etc.). En la preadolescencia desaparecen (L. Kanner). La *offensa capitis* se achaca a la imposibilidad de moverse en la cuna o a la negligencia de la madre.

Hay quien se ha preguntado si los niños no tendrán una agnosia respecto al dolor. Parece existir la sensación de dolor, aun cuando puede quedar neutralizada por aportaciones cinestésicas, auditivas y por la complacencia del ritmo.

Para R. M. Silberstein y otros, los equilibrios y giros de cabeza —diferentes de los originados por enfado— son componentes autoeróticos. El niño busca un estímulo necesario para lograr un goce inmediato —al margen de la realidad— que le permita provocar una realización alucinatoria del deseo. Consideran que el síndrome no aparece en el niño de grandes carencias, sino que para que esto ocurra ha de haber gozado —al menos en determinadas ocasiones— de cierto estímulo maternal y haber sentido una soledad lo suficientemente prolongada como para haber descubierto la satisfacción del estímulo. Por otra parte, la madre, por diversas razones, no quiere o no puede intervenir tomando al niño en brazos. Según la experiencia de dichos autores, si las madres tuvieran en sus brazos al niño un tiempo suficiente, el fenómeno desaparecería, pero lo que ocurre es que las madres muchas veces son incapaces de entrar en contacto con su bebé.

P. Greenacre, considera la *offensa capitis* como un intento de establecer una realidad corporal sin estímulos cinestésicos.

A. Kulka y otros insisten en la importancia del temprano estímulo cinestésico en el desarrollo del lactante. Postulan la existencia de una fase cinestésica anterior al estadio oral. La insuficiente satisfacción de las necesidades cinestésicas lleva a hacer equilibrios y a la *offensa capitis*. Esta idea viene a recibir nuevo impulso por la observación de D. M. Lévy, quien habla de tics, hipercinesia y movimientos estereotipados, que abarcan el balanceo y la *offensa capitis*, tras una restricción de movimientos.

Para A. H. Green, el balanceo y la *offensa capitis*, frecuentemente observados en grupos de niños "normales", viene a ser probablemente un medio de adaptación temporal para la satisfacción de las necesidades sensoriales básicas. Los *patterns* normalmente se modifican al ser tratados por los padres con acierto, es decir, sustituyendo los correspondientes estímulos externos y vetando directamente el "modelo" autoestimulador. Cuando las necesidades sensoriales básicas están satisfechas, el niño tiene mayor posibilidad de explorar su entorno mediante receptores sensoriales más apropiados —los receptores a distancia: vista y oído— que le permitirán entrar en una más eficaz interacción con los objetos externos. El equilibrio, la *offensa capitis* y demás *patterns* rítmicos se tornan desde ese instante inútiles; por otra parte, en la población "normal" de más de dos años y medio aparecen muy raramente.

La *tricotilomanía*. — La *tricotilomanía* o *tricológia* descrita por X. Hallopeau consiste en una irresistible incitación a tirarse del cabello. Puede extenderse a zonas distintas del cuero cabelludo, a arrancarse el pelo de las axilas, las pestañas o incluso el pelo del pubis.

Se encontrarán revisiones críticas así como casos personales en escritos de R. A. Delgado y F. V. Mannino (1969), M. Schachter, (1970), R. Corominas y J. Rallo (1970).

Tirarse del pelo y acariciárselo es algo que suele hacer el niño en su primer desarrollo. Hacerlo durante este período se ha considerado como un intento por parte del niño de renovar las agradables sensaciones asociadas al contacto del cuerpo y del vestido materno (B. Spock), o como una acción tendente a resolver conflictos (J. B. Cramer). Este hecho no es raro en la evolución infantil y puede ser debido a complacencia autoerótica, pudiendo optar por los cabellos de manera puramente casual. L. Kanner, que la describe en niños mentalmente retrasados, considera que al tirarse del pelo no es sino una de las formas más corrientes de manipulación física.

Con todo, la *tricotilomanía* puede hacer su aparición durante la niñez, la adolescencia o la edad adulta. Es más frecuente en el sexo femenino. No corresponde forzosamente a un bajo nivel intelectual, habida cuenta de que en el trabajo de H. R. Greenberg y C. A. Sarner, en un 64% de casos se trata de inteligencias medias o superiores. Según el examen de los casos aparecidos en publicaciones, H. R. Greenberg y C. A. Sarner señalan que tales trastornos pueden originarse tras un trauma con el cuero cabelludo o tras un síndrome infeccioso respiratorio, y que la enfermedad puede ir acompañada de dermatitis seborreica o prurito. En sus antecedentes puede haber la desaparición de un miembro de la familia, la separación de sus padres y el nacimiento de un hermano o una hermana. En el 68% de los casos ha habido depresiones más o menos graves. Puede arrancarse el pelo bien de uno en uno o mechones enteros, puede quebrarlo o romperlo de tanto restregarlo. A veces se dan juntas *tricotilomanía* y *tricofagia*. En casos de *tricotilomanía*, H. R. Greenberg y C. A. Sarner señalan especiales características familiares: una madre crítica, hostil,

intolerante, con claras muestras de agresividad o autoafirmación, en línea de competición, un padre aplastado por su esposa y unas relaciones entre madre e hija extremadamente ambivalentes por ambos lados, con hostilidad y miedo a tener que separarse. Corominas y Rallo describen en particular las reacciones de la familia frente al síntoma.

Para la mayor parte de los autores la psicopatología de tan complejo síntoma viene determinada por múltiples razones. Responde a numerosos puntos de fijación en todos los niveles del desarrollo psicosexual (J. T. Monroe y D. W. Abse). Se entiende como incorporación e identificación con la madre o como una tranquilidad ante su pérdida, como masoquismo contra un pariente sádico, como negación de la feminidad y abandono de la lucha del complejo de Edipo. Para E. Buxbaum, R. A. Delgado y F. V. Mannino, éste síntoma viene a ser un intento del niño para resolver unos problemas planteados con objetos extraños, para lo que utiliza el cuerpo como objeto intermediario o "de transición".

La onicofagia. — Es un fenómeno bastante frecuente, ya que la proporción de niños en edad escolar que se muerden las uñas oscila entre un 10 y un 30%. No es mayor la proporción masculina que la femenina. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años, y no guarda relación con el nivel mental de la persona. Casi todos los autores concuerdan en ver en el onicófago una persona viva, hiperactiva, autoritaria, que exterioriza poco o mal sus sentimientos y vive un estado de tensiones. Aun sin poder establecer un tipo de onicófago, L. Bovet considera que "el que se muerde las uñas" comparado a sus compañeros "normales", parece más indiferente, inestable, distraído y desobediente. Sus padres no consultan al médico —dice— porque se muerda las uñas, sino que tiene una conducta ligeramente alterada, trastornos que, tomados individualmente, parecen anodinos pero que, considerados en conjunto, les produce una inquietud. No existe tara alguna que a primera vista denuncie en el onicófago un "anormal". Lo que parece sacarse en conclusión al examinar la inmensa mayoría es la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, cierto fondo de tensión y ansiedad. Hasta ese momento a dichos niños se les ha considerado niños difíciles o "nerviosos". Es frecuente hallar en la constelación familiar una situación tensa o anormal entre los padres, una clara rivalidad entre hermanos y hermanas o una inadaptación al medio escolar. L. Bovet cree que la onicofagia siempre aparece en un terreno constitucional predispuesto y que parece estar unida al temperamento ciclotímico. La onicofagia puede producirse juntamente con otros tipos de descarga o manipulaciones motoras. Pero L. Kanner ha insistido en las diferencias que hacen distinguir la psicología del que se chupa el dedo y del que se muerde las uñas; el primero suele ser calmado, plácido, difícilmente conmovible, mientras que el segundo suele ser más bien vivo, hiperactivo, autoritario. No obstante, ambos síntomas pueden ir unidos. Se ha señalado una onicofagia imitativa, que puede producir auténticas epidemias en una clase (onicofagia por hábito), pero L. Bovet la distingue de la auténtica onicofagia. Estamos muy lejos de aquella opinión que considera que la onicofagia se mueve en un terreno de "degeneración" o que obedece a una conducta de tipo psicopático. Se la considera como una descarga motora en un estado de tensiones. Autores como E. Benjamín creen que —junto con la acción de chupar el dedo y la masturbación— responde a tres aspectos de una misma tendencia, la de apartarse del medio ambiente. Para M. Bonaparte, la onicofagia también es una muestra autoerótica teñida de masoquismo oral, es decir, un tornar contra sí mismo una agresión originariamente encauzada contra el mundo externo. Para L. Bovet, la onicofagia (la primitiva descarga motora, movimiento

impulsivo, expresivo y tic a un tiempo) resume bien a las claras los diversos aspectos de un fenómeno motor. Soluciona problemas conflictivos, actuando como un movimiento impulsivo que ha realizado ya su primera etapa para hacerse un movimiento expresivo. La tendencia a la destrucción y a la agresividad manifiestas se trasponen a un plano simbólico.

Desde un punto de vista dinámico, para S. A. Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentido de culpa al volverse la agresividad contra el propio cuerpo, y de ahí el autocastigo y el masoquismo. Para este autor, la onicofagia viene a ser la prolongación de la succión y la masturbación; será un desplazamiento y una regresión, al sustituir el niño el placer genital por un placer oral semejante a la succión; el niño que se muerde las uñas y se chupa los dedos llega a satisfacer su necesidad de masturbación, y mediante dicha mutilación obtiene el placer del acto prohibido y su propio castigo.

En un plano más general, ¿no pudiera pensarse en que la onicofagia es un desplazamiento de actividad en el sentido etológico?

La onicofagia puede ser un hábito pasajero o mantenerse hasta pasada la adolescencia o incluso la edad adulta. Es raro que se produzca lesiones que le hagan sangrar las uñas, pero sí puede hacer que éstas no se desarrollen conforme a su natural evolución.

II. — PATOGENIA DE LAS DESCARGAS Y HÁBITOS MOTORES

Siempre se habían considerado las descargas como fenómenos patológicos, pero los estudios genéticos hablan de su existencia en el niño normal, lo que hace que sean unas formas específicas de relacionarse. El mantenerse estas formas sociales tal vez haya hecho pensar que las descargas motoras pudieran estar en relación con un retraso del desarrollo, en el sentido neurológico del término. En todas las descripciones ya clásicas del idiota aparece una serie de movimientos anormales: tics, balanceo pendular, contorsiones, muecas, movimientos que algunos creen pertenecen al cuadro coreico o coreoatetósico del niño. Aparte de los auténticos movimientos atetósicos, en los niños anormales también se dan unos movimientos que —aun asemejándose a la atetosis— tienen una configuración especial. H. Bonnafous-Sérieux y H. Ey (1938) señalan una variedad de movimientos que, considerados en conjunto, parecen un juego y se producen sobre un fondo de trastornos motores de carácter elemental generalmente de tipo atetósico. Crean que dichas cinesias se producen sobre un fondo de atetosis discreta; se desarrollan mediante una serie de complejos y cambiantes movimientos de tendencia rítmica y con muestras de satisfacción; se producen en pausas de la actividad útil o adaptada y como actuación intermitente. El sujeto suele realizar con cierto interés esos juegos de arabescos motores, con participación mímica, y al juego vienen a sumarse emisiones fónicas indiferenciadas. A veces tendrán su origen en una emoción gozosa en que el niño sentirá un evidente placer del que dará claras muestras externas. A juicio de los autores, dichos movimientos parecen integrarse (en una acción con conciencia narcisista y de juego) en la fase de desarrollo que H. Wallon ha denominado "conciencia sensitiva", cuyo origen se remonta a la elaboración de las funciones viscerales y tónicas y es característica de una fase del desarrollo anterior a la de la conciencia objetiva.

Como dice H. Wallon (*El niño turbulento*), son movimientos en busca de sensaciones a la vez semejantes y diferentes entre sí. Su aspecto rítmico y sus cambios de ritmo lo dicen bien a las claras, al igual que la sucesión de diferentes fases afectivas, reco-

nocibles por sus gritos más suaves o estridentes, por el cambio de color del rostro, el brillo de los ojos y el flujo salival.

H. Bonnafeux-Sérieux y H. Ey distinguen cinesias y atetosis basándose en el siguiente criterio: su inconstancia, sus relaciones con la interesada atención del paciente, su consecuente euforia, su brusca aparición en períodos de inactividad y su inhibición por la acción adaptada (voluntaria).

Para H. Wallon, los movimientos lúdicos son expresión del ansia de jugar con el propio cuerpo y manejarlo como un juguete, como si la conciencia, incapaz de moverse en el mundo exterior, permaneciera adherida a las funciones sensoriomotrices del propio cuerpo, perpetuándose y reflejándose en las inflexiones del tono muscular.

Podríamos identificar dichas cinesias con una especie de narcisismo, inicialmente difuso, pregenital, desarrollándose sobre un fondo de trastornos del tono, a un auténtico ciclo motor cerrado que hace uso de funciones motoras alteradas. Hemos de señalar que en los niños psicóticos se dan fenómenos prácticamente equivalentes, bien con manifiesta complacencia lúdica, bien con formas más ritualizadas. Hay que reconocer que aun siendo sumamente frecuentes en niños que tienen alterado el desarrollo intelectual o con una represión de tipo psicótico, no entran forzosamente en estos cuadros. Alguien ha hecho la observación de que dichos fenómenos serían más frecuentes en retrasados con temperamento excitable (G. Berkson y R. K. Davenport). Otros han pensado que en los retrasados aparecerían en relación con el hospitalismo. Al comparar un grupo de niños institucionalizados con otro que vive con su familia, M. E. Kaufman señala que las descargas motoras pueden existir en ambos casos, pero que quienes no viven en una institución tienen una conducta más social, menos estereotipada y tienen menos autoestimuladores que quienes viven en una institución.

En niños no retrasados también persisten o reaparecen estos tipos de conducta. D. Burlingham y A. Freud señalan que los niños normales también pueden tener descargas motoras, que por circunstancias fortuitas (desaparición de los padres, hundimiento de su casa o por querer tenerlos más al abrigo) son internados en una institución de este tipo. Balanceos simples se pueden producir cuando, con ocasión de un contagio, se obliga al niño a guardar cama o se le tiene encerrado en un rincón. El comienzo puede ser puramente casual, pasajero, con posibilidad de recaída; los autores señalan el caso de un niño de 13 meses que, al reptar en una habitación, choca contra un mueble, se para, sorprendido, y se queda mirándolo; primero lo golpea suavemente, después empieza a darle fuertes cabezazos. El episodio parece pasajero y sin consecuencias, pero tres meses después —inmovilizado en la cama por una neumonía— se pone sistemáticamente a darse con la cabeza; al curarse todo torna a la normalidad.

D. Burlingham y A. Freud emplean el término de actividad autoerótica para designar la succión del pulgar y la masturbación (considerada como el archisabido tacto exploratorio de los órganos sexuales) o los balanceos y golpes con la cabeza. Si los unos producen placer y muestran una búsqueda de sensaciones agradables en el cuerpo, los otros señalan una tendencia agresiva ejecutada en el propio cuerpo. Lo que tienen en común es absorber toda la atención infantil mientras esto sucede; y es corriente que tiendan a repetirse, a ir en aumento e intensificarse mientras se realizan hasta llegar a su cenit. Estos autores han hecho ver con claridad meridiana la relación existente entre esta forma de obrar y las situaciones de tensión afectiva. Lo que para el niño resulta frustrador en sus relaciones afectivas puede originar y aumentar la conducta regresiva y autoagresiva.

Cabe preguntarse por qué se reúnen en un mismo capítulo conductas tan diversas. Tienen una semejanza al manifestarse por la motricidad; esto no las hace equivalentes, máxime considerando la motricidad como una función aislada al margen de todo el desarrollo. Estos actos hacen referencia en su totalidad al manejo del cuerpo, pero en la medida en que éste tiene su puesto en el desarrollo de la personalidad, es decir, dichos fenómenos tienen diferente significado según los períodos evolutivos de la madurez motora y la organización de la personalidad.

Todos estos hábitos motores son más o menos formativos en la evolución: descargas exploradoras que contribuyen al conocimiento corporal, descargas rítmicas reductoras de la tensión, que —por su cadencia— permiten al niño aislarse del mundo exterior, descargas autoofensivas rítmicas o no y ambivalentes. Con relación al mundo externo, dichos hábitos pueden hacer de aislantes, separando al niño de la realidad mediante el ritmo creado y sostenido por él; pueden ser igualmente identificaciones por el impacto que provoca en el mundo exterior y por lo sentido y vivido en su propio cuerpo. Si bien en determinados momentos pueden ser desviadores de la evolución, lo normal es que sean sus configuradores. Tan pronto son juegos como descargas de tensión erotizadas que, a su vez, hacen que en su realización el niño halle una satisfacción, o se convierten en simbólico testigo de un conflicto intrapsíquico. A veces, lo que en un momento dado fue una casualidad, pasará a convertirse en un hábito y podrá hacer de objeto de transición en el marco de los conflictos familiares, así como una forma de diálogo en que el niño también espera una respuesta de los demás. En el fondo, estos tipos de conducta se tornan patológicos al no aportar información y no producir auténtica satisfacción, al convertirse en estereotipos a sufrir irremisiblemente.

C. — LOS TICS

A A. Trousseau (1873), J. M. Charcot —quien por primera vez señaló de manera indudable la importancia del factor psíquico en el origen del tic (1887)— y E. Briesaud (1893) se deben las primeras descripciones clínicas de los tics. Gilles de la Tourette aisló, en 1885, una variedad especial (la enfermedad de los tics convulsivos) que lleva su nombre. (Lo trataremos en otro párrafo.) Después vienen R. Cruchet (1912) y la obra de H. Meige y E. Feindel (1902), que constituye el más importante trabajo clínico sobre el tema. Las características mentales de quienes sufren tics, ya analizadas por P. Janet, H. Meige y E. Feindel, han sido replanteadas posteriormente por S. Ferenczi, J. Rouart y S. Lebovici.

En opinión de R. Cruchet, los tics consisten en la repentina e imperiosa, involuntaria y absurda ejecución, en intervalos irregulares, pero relacionados, de movimientos sencillos, aislados o unidos que objetivamente representan un acto adaptado a un objetivo concreto. Como señala H. Meige, a ello cabe añadir que con frecuencia su ejecución va precedida de una necesidad, que reprimirlo produce un malestar, que la voluntad y la distracción pueden suspenderlos y que desaparecen al dormir. De la observación de los diversos autores se extraen ciertas características clínicas. Todos señalan la brusquedad de movimientos, pero H. Meige y E. Feindel distinguen entre tics clónicos y tics tónicos; éstos son actos siempre forzados. R. Cruchet lo contradice, haciendo ver que el tic sólo puede ser un movimiento en acción, no un movimiento fijo. Como acción en sí, los tics se asemejan a ciertos gestos corrientes, pero son “una caricatura de actos naturales” (J. M. Charcot) por razón de su brusquedad,

por sus sacudidas y por sus cambios; el carácter seudointencional figurado ha hecho describir los tics por su carácter funcional. El tic es inoportuno, intempestivo, un acto estéril e incompleto; cambia de un niño a otro e incluso en la misma persona, tiende a extenderse, a cambiar según circunstancias, posturas, situación, etc. (P. Janet).

1.º Localización y forma de los tics

Los tics son muy diversos y diversamente localizados; entre ellos se señalan:

Tics faciales. Probablemente son los más corrientes; aparecen en actos funcionales en que participan los músculos faciales: tics de párpados (guiños, desorbitamiento de los ojos, parpadeo), tics de las pestañas, la nariz, la frente, los labios (mordisquearse, la succión, muecas, rictus), de la lengua (silbido, lameteo, graznido), tics del maxilar.

Tics de la cabeza y del cuello. — Alzarla, saludar, afirmación, negación, rotación. Clásicamente se describía en este capítulo el llamado torticollis mental, actualmente encasillado en el cuadro de discinesias de origen extrapiramidal; suele ir unido a movimientos como el espasmo de torsión y la coreoatetosis.

Tics de tronco y miembros. — Tics de hombros (elevar los hombros, normalmente de un solo lado), de los brazos, manos y dedos (rascarse, tricoplastia, onicofagia, peotilomanía), tics del tronco (saludo, equilibrios, tembleques), tic abdominal, tic del salto (cambio de paso, paso de polka).

Tics respiratorios. — Quienes tienen este tic resoplan, aspiran, roncan, soplan, bostezan, sollozan e hipan; tic laringofacial (al movimiento de la cara se asocia la tos).

Tics fonatorios y verbales. — Se asemejan a los anteriores pero van acompañados de ruidos diversos: gritos inarticulados, ladrado, cloqueo, gruñido, croar. Los tics verbales están constituidos por la emisión de sílabas articuladas, palabras y frases siempre idénticas. Tales palabras suelen ser de carácter precoz (coprolalia).

Tics digestivos. — Tics de deglución con aerofagia, eructos encadenados y falsas ganas de ir al retrete.

Esta descripción tiene un interés muy relativo debido a que cada enfermo posee sus propios tics, que suelen ir unidos y que un tic puede ser siempre igual o cambiar ocasionalmente. Por su extensión, ciertos autores describen tics propios de determinadas zonas musculares junto a tics extensivos y múltiples.

Con posterioridad a otros, J. Rouart analiza lo que la persona con tics piensa sobre este particular. Se siente el tic —dice— como una imperiosa necesidad de realizar un acto, necesidad que se impone obsesivamente y que al realizarse produce una satisfacción “excesiva, desplazada” (H. Meige y E. Feindel). Se ve como necesidad de hacer algo prohibido y sin sentido, y no es raro que se tenga vergüenza y se dé una importancia al hecho de ser visto.

A partir de un estudio psicofisiológico, H. Moldofsky (1971) distingue el tic simple, sin significación psicológica, emocional o simbólica, y el tic complejo que parece comportar unos componentes psicológicos dominantes, que reduce la tensión, y en cuya expresión simbólica se encuentran unos conflictos que giran alrededor de impulsiones agresivas y de necesidades sexuales imperiosas.

2.º La personalidad del niño con tics

En los niños que tienen tics, J. Rouart distingue dos formas diversas de personalidad. La primera es la de los niños bien adaptados, buenos escolares; lo único que en

la familia preocupa algo son sus tics; sin embargo, son ansiosos, excesivamente infantiles, y actúan como auténticos neurópatas. Al segundo tipo pertenecen los inestables, turbulentos, distraídos en casa y en la escuela, más extrovertidos que los primeros; en ellos el tic es una manifestación paroxística de inadaptación al medio a la que se asocia una conducta compuesta de turbulencia y sentimiento de contrariedad, de agresividad y temor. Además de estos tipos existen formas intermedias. En la estructura de la personalidad de quienes tienen tics hay ciertos puntos subrayados por J. Rouart: ambivalencia latente o explícita, señalada en esquemas de tipo obediencia-rebelde, un retraso afectivo (ya señalado por H. Meige y E. Feindel, que decían: “Sean pequeños o mayores, quienes tienen tics tienen el estado mental propio de una edad inferior a la que tienen en realidad”); e insisten en su infantilismo mental, en el que reconocen los siguientes caracteres: ligereza, versatilidad, despreocupación, emotividad excesiva y fugaz, impaciencia y cóleras infantiles, extrema timidez, falta de ponderación en sus actos, afectividad caprichosa, pasiones vivaces, breves y sorprendentes). J. Rouart insiste en sus fijaciones narcisistas y en sus tendencias sádicas, que se manifiestan en forma de oposición y parecen hallarse inscritas en la raíz misma de dichos movimientos anormales, uno de cuyos objetivos pudiera ser el querer irritar a la familia; las tendencias sádicas irán unidas a deseos masoquistas, puesto que si el tic es una agresión contra los padres, desencadenará críticas y reprimendas. Como dice J. Rouart, todas estas tendencias y las reacciones que provocan por parte del entorno al que apuntan directamente imposibilitan separar el carácter del paciente del ambiente que le rodea. Lo cual supone un interés en estudiar el marco familiar en que se mueve el niño con tics. Debe subrayarse que frecuentemente se trata de hijo único. La atmósfera familiar suele ser tensa; la madre, perfeccionista y llena de ansiedades, se muestra sumamente consentidora ante ciertos casos y represiva en exceso ante otros, como el onanismo, por ejemplo. En definitiva, el tic lo soporta muy mal la familia, que normalmente lo interpreta como señal de hostilidad y agresividad. La familia tiende a reprimir los tics, lo que normalmente le hace sentir al niño un fuerte sentimiento de culpabilidad.

3.º Diagnóstico de los tics

Generalmente es fácil diagnosticar los tics, sobre la base de los mismos movimientos y la personalidad del sujeto.

Ahora bien, hay que distinguir el tic de determinados movimientos anormales, como son:

Los movimientos coreicos, que se conocen por ser mucho más variables, inevitables y de carácter amorfo, opuesto al representativo, propio de los tics (H. Meige) y por su diversa evolución. No obstante, la corea variable de los degenerados (E. Brissaud) combina la variabilidad de la corea y la etiología del tic.

Los movimientos conjuratorios de los psicasténicos, muy semejantes a los tics, especialmente a ciertos gestos antagonistas. Pueden darse múltiples formas de transición. R. Cruchet distingue tics y “ritmias”, que son movimientos simples o combinados idénticos a sí mismos, que se suceden a intervalos regulares como el batir del metrónomo y se asientan en la cabeza y el tronco. Describe las ritmias del niño de poca edad, aun cuando frecuentemente se dan en los idiotas, en quienes se presentan como *cinesias de juego*.

Las clonias, en sus diversas formas, distintas de los tics y cuyo contexto clínico permite un fácil diagnóstico diferencial.

El espasmo facial, que suele plantear un difícil problema de diagnóstico, comparado con los tics del rostro. Al diagnóstico se llega por el estudio de sincinesias, las condiciones en que se ha desencadenado y las posibilidades de inhibición temporal. Sólo un largo estudio del paciente permitirá solucionar el problema con ciertos paraespasmos faciales. No obstante, hay que advertir que tales espasmos suelen aparecer tarde.

Epilepsia *bravais-jacksoniana*.— Cuando se trata de tics unilaterales se presentarán dudas al examen. Observar cuando sobreviene el acceso es lo que aclarará todas las dudas.

También se distingue el tic de:

Los hábitos motores y manipuladores del cuerpo.— L. Kanner ofrece cierto número de rasgos distintivos. Los hábitos motores se inician anteriormente. No tienen el carácter brusco del tic y requieren cierta preparación; duran más y responden a actividades de mayor complicación; la complacencia es más evidente; duración, intensidad y movimiento pueden variar con las repeticiones; puede interrumpirse su desarrollo; se pueden controlar voluntariamente.

4.º Etiología de los tics

Los tics aparecen entre los 6 y los 8 años, o a veces en la pubertad, que, en definitiva, puede coincidir con una época de recrudecimiento. No tiene nada que ver el sexo. Parece ser que los tics no existen en los pueblos primitivos, aunque no está perfectamente demostrado. Los tics se dan en personas de elevado nivel mental.

J. M. Charcot daba la máxima importancia al factor herencia en quienes tienen tics. En sus ascendientes se suelen dar los tics, al igual que en sus ramas colaterales, e incluso encontrar numerosos neuropatas y psicópatas. Es impresionante la asociación tic-obsesión en el marco de una familia. Se plantea la pregunta de si no será hereditaria la obsesión, campo abonado para el tic, o bien si una y otra no son consecuencia de los primeros pasos en la educación.

Los primeros autores insisten mucho en la función imitativa; H. Meige y E. Feindel escriben: "Entre quienes se hallan predispuestos, nada es más contagioso que los tics." Piensan que la repetición del mismo movimiento, impuesto por una ocupación profesional, crea una "predisposición para quedar localizado un tic en los músculos puestos en función."

Según J. A. Corbett y cols., (1969), en las personas con tics, se encuentran unas perturbaciones emocionales de las cuales las más comunes se parecen a las de una población general de niños perturbados; no obstante, las "costumbres de gratificación", los trastornos del lenguaje, los trastornos de la defecación (incluida la encopresis), los síntomas obsesivos e hipocondríacos aparecen de una forma significativa mucho más frecuentemente en los pacientes con tics, mientras que las depresiones y las iras aparecen de forma significativa mucho más frecuentemente en la población total de niños perturbados.

5.º Patogenia de los tics

Podemos señalar esquemáticamente tres tipos de teorías patogénicas: la orgánica u organofuncional, las psicogenéticas y las psicomotoras.

Teoría orgánica y organofuncional. — Los primeros autores trataron de distinguir los tics de los espasmos y convulsiones, y discutieron el mecanismo cortical o subcortical de los diversos tipos de sacudidas. La epidemia de encefalitis epidémica permitió la eclosión de la teoría de lesiones. Como secuela de dicha afección se señalaron unos movimientos muy semejantes a los tics y con idéntico carácter figurado. H. Meige que, al igual que E. Feindel clasificaba la torticolis mental en el grupo de los tics, admitió en 1922 que dicho síndrome obedecía a lesiones mesencefálicas. Nosotros no poseemos observaciones que nos hagan aseverar de manera indudable que el tic se debe a un origen lesional. Según K. Wilson, los tics de hábito se acercan al reflejo condicionado. La respuesta motora a un excitante adecuado se vuelve a producir tras un estímulo referente al primer excitante al que inicialmente estaba asociada. El nuevo estímulo, aun cuando muchas veces sea de naturaleza totalmente diferente, basta para provocar los primitivos movimientos. Este autor acepta un mecanismo de este tipo para los hechos ya anotados de los tics subsiguientes a movimientos coreicos. Dicha explicación supone una participación cortical en los movimientos de quien tiene los tics, vistos como un reflejo de tipo superior. A. J. Yates y H. G. Jones aceptan la hipótesis de que ciertos tics son respuestas condicionadas destinadas a reducir un estado de impulsos, anteriormente evocado por una situación traumatizadora. Dicha situación ha originado un gran temor y un movimiento de huida o ataque. Si el movimiento coincide o produce el cese del estímulo, se refuerza. Después, al generalizarse el estímulo, puede provocarse un temor condicionado (ansiedad), miedo que disminuye al realizarse el movimiento. De esta forma, paulatinamente irá provocando el tic todo tipo de estímulos hasta convertirse en un hábito sólidamente cimentado.

Teorías psicogenéticas. — Estudian el funcionamiento del tic y le confieren un significado que, según J. Rouart, parece emanar de la forma en esencial mímica del tic, de su estructura fundamentalmente compulsional y conflictiva, de los componentes de la situación en que aparece y que corresponde exactamente a la del niño en su propio ambiente familiar, del momento en que se manifiesta, que es aquel en que afloran ciertos conflictos relacionados con la formación de complejos, su evolución y el intento de liquidarlos. El tic es la expresión mímica de un conflicto entre las fuerzas rechazadas y las rechazantes en el niño, el Superego familiar. Por su carácter de desafío, que le viene dado por la repetición, no obstante súplicas y amenazas, por el enfado que provoca a su alrededor, "a nadie se le ocurre dudar de que su tic significa, dice J. Rouart, una intencionalidad agresiva". Por la represión y la severidad que acarrea, el tic expresa una culpabilidad y la necesidad de castigo. Tiene el mismo significado que una confesión forzada contra su voluntad, como es la eritrofobia, con la que comparte el carácter compulsivo y espectacular. El significado del tic a veces será perfectamente accesible; otras, requerirá un análisis más profundo por tener carácter sustitutivo; por su carácter motor, inacabado y furtivo, puede semejar la sustitución de un acto prohibido o imposible de realizar, o como un simulacro de dichos actos. Pero, como dice J. Rouart, "puede tener múltiples significados que condensan, determinan y superdeterminan su forma".

Todas las autoridades clásicas coinciden en atribuir a los tics componentes psicológicos, que se asocian frecuentemente con obsesiones.

Al estudiar el sentido del tic, S. Ferenczi lo equipara repetidamente al onanismo. Cree que los niños con tics tienen un auténtico erotismo muscular. Cree que, al igual que la masturbación, el tic es un gesto secreto por el sentido de culpabilidad y, por consiguiente, autopunitivo, es decir, fortuito y provocante a la vez. M. Klein le da

gran importancia al hecho de que el tic parece ir claramente unido a un fantasma masturbatorio que necesita sacar a la luz para curarlo. Esta autora cree que dichos fantasmas se caracterizan por la identificación con el padre en las relaciones sexuales. Al identificarse, el niño se halla a sí mismo y expresa su narcisismo esencial. También J. Rouart insiste en el valor sustitutivo del tic y del onanismo, y aporta una interesantísima observación de F. Raymond y P. Janet.

Teorías psicomotoras. — M. Meige y E. Feindel insistían ya en la existencia de un auténtico déficit motor en quienes tienen tics. Muchos autores han observado también indicios de debilidad motriz. Con frecuencia se asocian inestabilidad motora y tic; aparte de eso, se ha intentado aislar, mediante una batería de tests, un tipo de personalidad motora en él. S. Crown señala que quienes poseen tics tienen una elevada desorganización por influjo de la emoción en los resultados de los movimientos voluntarios, y en sentido equivalente, aunque inferior, en tests de acción ideomotora. Dichos resultados confirman la clásica impresión de que existe una correlación entre tics y temperamento distímico. Tras estudiar la neurodinámica de los tics, David Levy advierte que, por influjo de la restricción de movimientos, pueden darse regresiones a un escalón psicofisiológico inferior, apareciendo de este modo auténticos actos automáticos. No obstante, al estudiar niños inmovilizados durante largo tiempo por fracturas o enfermedades óseas, reconoce T. Berkman no haber observado tics en ellos. Supone que la explicación de esto radica en el hecho de que los tics son consecuencia de la restricción motora conjuntamente con algún conflicto. Para H. Moldofsky, a pesar de que los síndromes obsesivo-compulsivos no son específicos de los individuos con tics, la restricción parece desempeñar un importante papel; además de corporal (citada por D. M. Levy), la restricción puede ser territorial e intrapsíquica.

En su estudio sobre la personalidad de tales pacientes, M. Mahler dice que son personas con un síndrome al que da el nombre de *motor urgency*, o sea, señala la imposibilidad de controlar el funcionamiento neuromuscular. Cree que dichos pacientes son pequeños ansiosos inhibidos, fácilmente deprimidos, pasivos, y que fundamentalmente se dan entre muchachos. En éstos el aparato neuromuscular es de manera especial la sede de la agresividad. Se comprende la aparición de tics en el período de latencia, tras la evolución edipiana, hacia los 7 años, ya que en ese momento las relaciones familiares no pueden expresarse de forma agresiva, sino en el campo locomotor. Los tics se producen en personas predispuestas a alteraciones motoras y con ocasión de conflictos, muy frecuentes en esta edad. Según H. Moldofsky, estos niños habrían demostrado un grado inhabitual de actividad motriz; sus padres los traen por fácilmente excitables y muy agitados. No se puede saber, dice, si los padres eran extremadamente reactivos a todo tipo de conducta agresiva o si reaccionaban frente a una perturbación constitucional inherente; es posible que una combinación de ambos factores haya contribuido a la génesis de los tics.

¿Cómo se explican tantas variedades de tics mediante una misma patogenia? S. Lebovici señala que hay tics en las enfermedades orgánicas, en idiotas y dementes, que la simple psicogénesis es incapaz de explicar. Piensa que cuando los tics sustituyen el elemento fundamental del cuadro clínico, habrá que distinguir en el niño: los tics pasajeros equiparables a múltiples hábitos nerviosos que, aun justificando unas reservas sobre el posterior equilibrio afectivo, normalmente desaparecen definitivamente, y los tics crónicos que son una afección duradera acompañada de un determinado estado neurótico. Se observan tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria de conversión.

Creemos que hay una diferencia entre los tics por hábito de un hiperemotivo, los tics de un inestable psicomotor, los tics que no son sino una simple reacción de prestancia

automatizada y los que son mecanismos profundamente enraizados en la personalidad, es decir, los tics de algunos obsesos, convertidos ya en un ritual. Si, en este caso, son expresión de la personalidad profunda, en el primero pueden no ser sino una manifestación parásita que podrá integrarse más o menos en la personalidad motora que permitió su aparición. La forma de actuar y su pronóstico dependerán de la intervención pronta del médico, siendo ésta mucho más fácil si el tic todavía no se ha convertido en un hábito, con sus contradicciones internas de coacción y complacencia.

6.º Tratamiento y evolución

El tratamiento de los tics se divide en tratamiento médico, motor y psicoterápico.

La mayor parte de medicaciones producen pocos cambios salvo, en ciertos casos, el diacepán y la butirofenona.

El tratamiento psicomotor tiende a reducir la inestabilidad o debilidad motora debido a que van asociadas a los tics. En cuanto a éstos, E. Brissaud presenta un método basado en la combinación de dos procedimientos: inmovilización del movimiento y movimiento inmovilizador. Con H. Meige, dicho método se ha generalizado con el nombre de disciplina psicomotora. H. Meige ha completado dicha técnica con diversos añadidos: gimnasia ante el espejo, o realización del mismo movimiento en el lado sano, ejercicio metódico de distensión muscular y ejercicio controlado por el espejo.

Los neobehavioristas (A. J. Yates y H. G. Jones) redescubren dichas técnicas formulando una hipótesis del condicionamiento. Su técnica consiste en repetir voluntariamente el movimiento durante media hora cada día o una hora cada tres días, a lo largo de tres semanas, descansando otras tres semanas y volviendo a empezar. Tanto ellos como D. Walton hablan de resultados bastantes positivos.

También la relajación psicoterápica puede dar buenos resultados (J. de Ajuriaguerra, J. P. Sichel, R. Durand de Bousingen).

Para S. Lebovici, el tratamiento a seguir se adaptará a la personalidad del paciente. Cuando es inestable, las preocupaciones terapéuticas se centrarán en la reeducación psicomotora, que a veces será una cura de aislamiento y medicamentosa. El tic histérico mejorará con psicoterapia corta y haciendo participar en la psicoterapia a los padres. Los tics de neurosis obsesivas requieren una terapéutica psicomotora acompañada de un tratamiento psicoanalítico que puede durar largo tiempo.

Los resultados de las diversas terapéuticas son variables. Suelen ser buenos en inestabilidades de poca importancia, pero no es raro que aparezca un nuevo tic. El tic histérico suele desaparecer por completo, pero no es raro que aparezca un nuevo tic. El tic histérico suele desaparecer por completo, pero si el niño no sigue una psicoterapia pueden aparecer accidentes histéricos de otro tipo. Adviértase que en los obsesos ciertos tics tienden a curarse por sí solos, pero la terapéutica versará sobre el tratamiento de la obsesión, prescindiendo de que haya desaparecido el síntoma.

Subrayemos que E. Torup, tras un estudio catamnésico de 237 observaciones de tics, de 2 a 15 años, señala la espontánea desaparición en un 50% de los casos. De 73 niños, en los cuales los tics era la perturbación más importante, seguidos durante 1 a 18 años, J. A. Corbett y cols., (1969), han considerado sin ningún cambio el 6%, el 53% mejorados aunque a distintos grados y el 40% como curados; no encuentran diferencia entre los casos que fueron tratados y los que no; por otra parte, los pacientes que tenían tics silenciosos del cuerpo y los que tenían tics faciales parecían no mostrar modificaciones de sus síntomas psiquiátricos, mientras que los sujetos con tics vocales parecían mostrar una mayor tendencia a la ansiedad y a los síntomas neuróticos.

La enfermedad de Gilles de la Tourette.— En 1885, Gilles de la Tourette describió una afección nerviosa caracterizada por una incoordinación motriz acompañada de ecolalia y coprolalia. Desde 1886, y tras el estudio de G. Guinon, *Sobre la enfermedad de los tics convulsivos*, la enfermedad de Gilles de la Tourette entra a formar parte de los tics, añadiendo a la clásica triada, una sintomatología mental del tipo fóbico y obsesivo, e incluso, en ciertos casos, delirios episódicos.

Muchos autores se han interesado por dicha afección, y S. J. M. Fernando (1967) señala 87 publicaciones en inglés, de las cuales encuentra válidas 65. Del análisis de dichas observaciones parecen desprenderse algunos hechos. La afección es más frecuente en los varones; suele aparecer hacia los 11 años (en el 85% de los casos), y el máximo de frecuencia se sitúa entre los 5 y los 8 años. La frecuencia de antecedentes mentales en la familia no es significativamente alta mientras que no son nada raros los tics. Como factores precipitadores de la afección se han señalado: amigdalectomía, factores emocionales, inseguridad por separación de los miembros de la familia, muerte de un pariente, etc. En una cuarta parte de los casos el paciente tiene una inteligencia por encima de lo normal. Si bien en el 59% de los casos existen síntomas neuróticos, están lejos de ser del tipo obsesivo. El examen neurológico parece normal, y el E. E. G., también es normal, siendo anormal cuando hay una disritmia.

Muchos autores hablan de espontánea mejoría al evolucionar la enfermedad, M. Creak y E. Guttman señalan el caso de una mejoría durante el embarazo, con posterior recaída. También ha habido casos en que remite durante la adolescencia. La evolución de tipo esquizofrénico parece rara, aun cuando ha sido señalada por M. S. Mahler y J. A. Luke, por M. Olivennes.

Se discute la etiopatogenia del mal de Gilles de la Tourette.

M. Langlois y L. Force subrayan que, desde el punto de vista histórico, Gilles de la Tourette nunca habló de tics (sino de incoordinación motriz y de movimientos incoordinados), y que esta expresión ha sido empleada posteriormente al trabajo de G. Guinon sobre la *enfermedad de los tics*. Según M. Langlois y L. Force la coprolalia y la ecolalia no son síntomas específicos, y los trastornos de la fonación pueden aparecer en el niño durante un estado infeccioso, dentro de una serie de inestabilidades motrices y de carácter que pueden entrar dentro del cuadro de los estados coreicos; éste sería el caso de un enfermo descrito por Gilles de la Tourette, así como de una observación personal de estos autores. Según ellos, dentro del capítulo de los estados coreicos es donde tendrían que inscribirse una parte de estas observaciones, y dentro del capítulo, de los estados neuróticos otro número importante de las restantes.

El que los anormales movimientos de los pacientes se asemejen a determinados movimientos descritos tras la encefalitis epidémica, que las modificaciones E. E. G., hayan sido observadas en algunos casos (P. Guggenheim y A. Haynal; G. P. Marconi y cols., E. Savagnone) y por la favorable acción de algunos medicamentos que actúan sobre los núcleos grises centrales, son datos suficientes para aceptar un substrato orgánico (I. J. McDonald). L. Eisenberg y otros admiten que pueden sumarse una lesión cerebral y factores sociales. Se conocen pocas observaciones clínicas del mal de Gilles de la Tourette además de las de R. Bing, A. de Wulf, L. van Bogaert y K. Balthasar. El examen anatomopatológico del caso de A. de Wulf y L. van Bogaert se mostró negativo, J. L. Claus y J. B. Balthasar (examinando un caso publicado anteriormente por E. Straus) comprueban la multiplicación de pequeñas células del striatum (núcleo caudado y putamen) y la disminución del volumen de dichas células. Estiman que es diferente esta comprobación de las que nos aporta la corea y, por consiguiente, opinan que en la enfermedad de Gilles de la Tourette se trata de un retraso en la evolución del striatum.

Algunos defienden unas teorías parecidas a las que hemos descrito para los tics en general desde un punto de vista psicodinámico, y consideran el síntoma como una manifestación de hostilidad o de reducción de tensión que tiene lugar a veces en un medio rechazante. J. E. Heuscher considera el tic como un compromiso entre el conflicto del enfermo y las exigencias del mundo exterior con el fin de no llegar a psicotizarse. A. R. Lucas y cols., consideran que no se puede describir un cuadro psicodinámico uniforme para la enfermedad de los tics, aunque hayan observado, para uno de sus subgrupos, un medio familiar rígido con grave inhibición de la agresividad. Se ha subrayado el rol desempeñado por la madre ya como una interdependencia extrema, ya como una forma dominante (M. S. Mahler, A. M. Mesnikoff).

En vez de dar explicaciones esquemáticas como la comunicación directa inconsciente madre-hijo, H. Bruch y L. C. Thum prefieren abordar el problema desde el punto de vista de las influencias defor-

mantes ejercidas sobre un sujeto, por los modelos de transacción interfamiliares, inspirándose en el estudio de un caso de enfermedad de tics en un niño de 12 años de edad, de personalidad esquizoide y cuyos síntomas se atenuaron al volverse psicótica la madre; estos autores consideran que la sintomatología que presentaba el niño no era más que un pequeño fragmento del proceso que englobaba a toda la familia; de hecho en el marco familiar existía una vida controlada con rigidez por los modelos de comportamiento de la madre, conllevando un trastorno de la comunicación que impedía al niño proveerse de indicadores y conceptos racionales y realistas (en el sentido descrito por T. Lidz en la esquizofrenia). Mientras la madre controlaba rigidamente el miedo y la agresividad de su hijo, éste sólo podía manifestarse a través de su enfermedad; durante todo el tiempo en que la dominación de la madre fue absoluta, la mejor respuesta posible era la patología del niño. La toma de conciencia de las impulsiones reprimidas que tuvo lugar durante la psicosis de la madre proporcionó alivio al hijo merced, por otra parte, a la ayuda que su padre le proporcionó, quien reaccionó de forma aceptable. De todas maneras, para H. Moldofsky, a estos razonamientos, les falta especificidad, a pesar de todo.

Evidentemente la terapéutica no puede ser unívoca. Señalemos que se han empleado tratamientos con electroshock, insulina, leucotomía, por otra parte sin un beneficio importante; que la mayoría de las terapias medicamentosas dan pocos resultados, excepto en algunos casos la clorpromazina, y sobre todo la butiroferona. Se han considerado favorables, los tratamientos estereotáxicos por coagulación bilateral de los núcleos intralaminares y de los núcleos medianos del tálamo (R. Hassler y G. Dieckman, 1970). Asimismo también se han utilizado terapias behavioristas (D. F. Clark; B. H. Barrett). También se han citado beneficios obtenidos con psicoterapia por M. S. Mahler y J. A. Luke, así como por I. J. McDonald y H. Bruch.

D. — DEBILIDAD MOTRIZ

En la neuropsiquiatría del adulto parece suficientemente definido el puesto de los síndromes psicomotores desde los estudios de Karl Wernicke y K. Kleist, gracias a los conocimientos adquiridos sobre la catatonía experimental y por los estudios de los cambios motores y psicomotores producidos por los nuevos neurolépticos.

Ahora bien, sigue siendo incierto el puesto que hay que asignar a la psicomotricidad infantil.

En 1907, E. Dupré describe una especial entidad a la que da el nombre de *debilidad motriz*. Sus trabajos, los de P. Merklen, A. Collin y H. Meige trazaron las grandes líneas semiológicas del síndrome.

Veamos lo que en 1911 dice E. Dupré: "Con el nombre de debilidad motriz he analizado en una serie de trabajos un estado patológico y congénito del movimiento —hereditario y familiar a veces—, cuya característica es la exageración de los reflejos tendinosos, la alteración del reflejo plantar, sincinesias y torpeza en los movimientos intencionales voluntarios, que llegará a hacer imposible la libre resolución muscular. Para nombrar dichos trastornos propongo la palabra *paratonía*." Según este autor, la manifestación paratónica se da cuando es imposible relajar voluntariamente un músculo. En vez del ansiado relajamiento se produce una contracción, más irreductible cuanto más se haga por vencerla; para probarlo, la persona afectada no tiene más que dejar caer el brazo como si lo tuviera muerto. En la persona normal, el balanceo permite señalar la falta de rigidez. Las *sincinesias*, no patológicas de por sí, según E. Dupré, ya que aparecen en personas normales sólo tienen valor en el síndrome de debilidad motora cuando su aparición es rápida. Considera la *catalepsia* como una de las principales señales de debilidad motriz (paratonía y sincinesias), que consiste en una anormal tendencia a mantener actitudes, y se manifiesta por las maniobras de A. Collin. Desde un punto de vista neurológico objetivo, según E. Dupré, la debilidad motriz va acompañada por ciertos estigmas: hiperreactividad osteotendinosa rotular y aquileana, normalmente menos notable en los miembros superiores, la existencia (inconsistente, desde luego) de síntomas pira-

midales, signo de Babinski e hiperextensibilidad muscular. Tal es el síndrome de debilidad muscular inicialmente pensado por E. Dupré.

Posteriormente, en 1913, junto con P. Merklen, E. Dupré amplió sensiblemente el marco al asociar a su primitiva descripción otros trastornos, como son los temblores en su variedad esencial, el nistagmo, mioclonías, ciertas epilepsias, espasmos de los músculos lisos y determinadas formas de excitación psicomotora y de agitación permanente de los niños débiles, al igual que la inestabilidad y frecuencia de retrasados y anormales. E. Dupré afirma que un solo indicio no permite diagnosticar una debilidad motriz. Los estigmas de la debilidad motriz únicamente son válidos al ir juntos, por su número y por la intensidad e importancia de sus manifestaciones clínicas. Es un conjunto polimorfo, que interesa en forma desigual —en extensión y profundidad— los diversos territorios: psíquicos, motores, sensoriales y afectivos. Para E. Dupré, considerándolo patogénicamente, la debilidad motriz no es un trastorno neurológico más. Procede de un proceso frenador del desarrollo de las funciones motrices, y especialmente del sistema piramidal. No se trata, en su opinión, de un déficit paralítico o parético con disminución de la fuerza muscular, sino de un estado de insuficiencia, de imperfección de las funciones motoras consideradas en función de su adaptación a los normales actos de la vida.

El concepto de debilidad motora se torna posteriormente más extensivo, tanto en su semiología, a la que viene a sumarse una de las más diversas sintomatologías, como en su valor patológico básico. En posteriores descripciones aparecen las más diversas encefalopatías, fuera del marco de los trastornos madurativos de E. Dupré. Numerosos casos de perturbaciones motoras tienen su origen en trastornos psicomotores causados por una imperfección motora consistente a su vez en una debilidad motriz. Así, se señalan los siguientes: corea, inestabilidad, tartamudeo y determinados trastornos foniatricos; hallamos también el clásico cuadro del tic (H. Meige), de los enurétics (P. Merklen, G. Heuyer y J. Roudinesco), los tartamudos (H. Kopp), los inestables (J. Abramson). G. Heuyer, en su tesis, ve signos de debilidad psicomotora en un buen número de jóvenes delincuentes.

Sobre todo esto pueden plantearse diversas críticas:

En primer lugar, nos oponemos a extender excesivamente el síndrome de debilidad motriz, extensión basada en vagas bases anatómicas. Se han señalado demasiadas lesiones en un marco, especialmente tipos de encefalitis groseras y manifestaciones atípicas en cuanto a su semiología. No queremos encasillar en este marco trastornos de tipo hemiparético o paraparético, ni trastornos coreoatetósicos, como han hecho ciertos seguidores de E. Dupré. Creemos que hay que distinguir las formas de infantilismo motor señaladas por A. Homburger, o de infantilismo estático señaladas por E. Thomas. También hay que excluir los síndromes, cuya sintomatología indica la existencia de lesiones focales concretas o de destrucciones globales que hacen referencia a cuadros conocidos como son las formas atónicas del síndrome de Foerster. También hemos de distinguir de la debilidad motriz las restantes manifestaciones diferentemente definidas y que entran en un marco clínico conocido.

En segundo lugar, desde el punto de vista clinicoevolutivo, algunos autores indican que la debilidad motriz responde a una detención del desarrollo funcional cuya equivalencia la encontramos en la primera infancia, pero no se apoyan en un estudio genético coherente capaz de determinar lo patológico y lo fisiológico en una edad concreta. E. Dupré y D. M. Levy describieron en un recién nacido un síndrome de debilidad motriz fisiológica que se mantiene, a veces, hasta tres, cuatro o cinco años en niños atáxicos, retrasados en el desarrollo de su sistema nervioso y corporal.

A. Collin introdujo seguidamente el concepto de un nuevo síndrome infantil normal, psiconeuromuscular, con lo que da los primeros pasos para su estudio. Finalmente, las investigaciones de N. Ozeretski, E. y G. Guilmain y A. Gesell permitieron estudiar dichos trastornos sobre nuevas bases genéticas. Al describir los síntomas que constituyen el síndrome únicamente como señales de déficit, les quitamos su significado de inmadurez, en el sentido de E. Dupré. En tal caso, la semiología es una semiología de tipo clásico, equiparable a la del adulto y no una semiología original, característica del niño en evolución.

En una semiología neuropsiquiátrica infantil hay que valorar los síntomas en relación con la cronología y la evolución del síntoma en el tiempo. De este modo adquirirá un valor fisiológico o patológico. Nuestro objetivo será crear una semiología propia del niño. En esta perspectiva, nos hemos propuesto con M. Stambak estudiar la evolución de ciertas características de la debilidad motriz con el fin de ver hasta qué punto y qué edad siguen un rumbo patológico. Hemos estudiado la evolución de la extensibilidad muscular, la evolución del balanceo —es decir, de la facilidad de desconcentración— y la evolución sincinética. Tras los trabajos de H. Lemaire y G. Desbuquois y de André Thomas, nos ha parecido interesante hacer un profundo estudio genético del *tonus permanente* en comparación con otros actos motores. En vez de hacer este estudio transversalmente con gran número de niños de diversa edad, hemos preferido hacer un estudio longitudinal de niños seguidos con regularidad desde su nacimiento hasta los 2 años. En el estudio del *tonus permanente* hemos distinguido dos componentes, extensibilidad y pasividad o balanceo. El estudio evolutivo de la extensibilidad se ha realizado midiendo el ángulo poplíteo. Nuestro estudio nos ha mostrado que la extensibilidad aumenta progresivamente desde el nacimiento hasta los 15 o 18 meses. Seguidamente se mantiene en forma estacionaria hasta los dos años. Las diferencias individuales son muy grandes; algunos niños adquieren la máxima extensibilidad entre los 7 y los 10 meses, y otros entre los 15 y los 18. Los niños que alcanzan pronto hipotonicidad les dura más que a los demás, de manera que en ellos el período de máxima extensibilidad se halla entre los 15 y los 21 meses, edad en que los menos extensibles disminuyen ligeramente sus ángulos. En el tercer año el ángulo va disminuyendo progresivamente y sobre todo en quienes alcanzaron tarde la máxima extensibilidad. Al estudiar la correlación entre hiperextensibilidad, la estática y la marcha, hemos comprobado que no la hay entre el grado de extensibilidad y el mantenimiento de la posición de sentados, mientras que sí hay una correlación entre el tenerse en pie y andar. Los niños menos extensibles se mantienen en pie y andan antes que los hiperextensibles. Parece haber una correlación entre hiperextensibilidad y prehensión: en los más extensibles la prehensión se produce antes. Hay una evolución mensurable de la extensibilidad en relación con unos valores conocidos y en una edad concreta. No tenemos un método capaz de medir, en cambio, la evolución del balanceo. Al nacer, el balanceo de un miembro o segmento de miembro es nulo, mientras que sí hay un balanceo de la cabeza y de la pelvis sobre la columna. En los dos primeros meses el balanceo de miembros es nulo, y hacia el tercero se inician las primeras señales de cierta pasividad. A los nueve meses todos los niños han logrado ya el balanceo, al menos en cuanto a los segmentos distales. En cuanto hace su aparición el movimiento voluntario, los niños reaccionan poniéndose tiesos con la movilización. Posteriormente disminuirá el balanceo por una oposición global de la rigidez en el desplazamiento. La posibilidad de hacer balancear una parte de algún miembro no depende exclusivamente de la evolución genética. En el niño dependerá del desarrollo de su personalidad, de su maduración emotivoafectiva y de los componentes tipológicos.

Por consiguiente, en cuanto al tono permanente, vemos que hay diferencias entre dos fenómenos diversos del tono: la evolución genética mensurable y la hiperextensibilidad y evolución de su pasividad.

Con razón insiste E. Dupré en la importancia de las sincinesias, como indicio de un retraso en el desarrollo; mas de paso digamos que su semiología sigue siendo vaga y la fecha de desaparición incierta. Considerándolo clínicamente, nos ha parecido indispensable distinguir *dos tipos de sincinesias*: la de difusión tónica o envaramiento generalizado y la de difusión tonicocinética, imitadora del movimiento. Así, hemos comprobado con M. Stambak que los niños de 6, 7 y 8 años forman un primer grupo con importantes sincinesias, pero con importantes diferencias entre niños de idéntica edad. Entre los 9 y los 10 años, aun habiendo sincinesias, son claramente menos acusadas y menor la dispersión de resultados. A partir de los 12 años los niños prácticamente no presentan sincinesias. Estudiando comparativamente las sincinesias tónicas y las tonicocinéticas, hemos mostrado que la desaparición de sincinesias tonicocinéticas se efectúa progresivamente con el crecimiento. En cuanto a las sincinesias tónicas, la evolución es prácticamente nula entre los seis y los diez años; disminuye muy poco y los índices de dispersión son muy importantes en todo momento. A los 12, mientras las sincinesias imitativas son muy poco numerosas, en el 64% de individuos todavía hay ligeras difusiones tónicas. El estudio genético pone bien a las claras que ambas sincinesias no tienen idéntico significado. Las sincinesias tonicocinéticas parecen estrechamente relacionadas con los sucesivos estadios genéticos. Desaparecen poco a poco con la evolución, mientras que las tónicas parecen independientes del factor evolución; existen en todo momento en cierto número de individuos. Con frecuencia las tónicas se asocian a la paratonía; provocan tensiones tónicas siempre propicias a la difusión del movimiento. La distribución del tono en los diversos segmentos forma un todo, un conjunto constituido por partes interdependientes.

Todo cambio en cualquier parte del cuerpo ocasiona solidariamente una mutación del estado tónico de las restantes partes, un cambio del tono inducido, cosa que parece desprenderse de los estudios de K. Goldstein y W. Riese.

La reacción tónica generalizada también suele seguir una evolución. En ciertas condiciones se produce el reflejo de Moro, hasta determinada edad. Otro tanto ocurre con las reacciones acusticorreflejas. Progresivamente van haciendo su aparición sistemas generales inhibidores de reacciones, y la reacción de sobresalto (fisiológicamente normal hasta cierta edad) disminuye o se minimiza. La desaparición depende de la maduración del sistema nervioso, mas sin prescindir del resto de la personalidad. También hay diversas maneras de frenar la reacción de sobresalto, por ejemplo, la llamada forma "seca" (que no va acompañada de cambios vegetativos) y la "húmeda", en que son muy claros (sudor, taquicardia, etc.).

La modificación de reflejos entra a su vez en el cuadro de signos de debilidad psicomotriz. Si bien al nacer difícilmente aparecen los reflejos osteotendinosos por la contracción, en cuanto empieza ésta a disminuir los reflejos se tornan vivos, tanto los rotulianos como los aquileos. En cuanto se producen las reacciones de prestancia, a veces los reflejos no son fisiológicamente perceptibles; el envaramiento por prestancia impide la realización del reflejo, cosa que no equivale a la no-maduración del eje reflejo; el individuo en cuestión, presenta una rigidez generalizada que impide al reflejo manifestarse. Manifestaciones como el signo de Weil (fijación en extensión en el momento de desencadenarse el reflejo rotuliano, con bloqueo de agonistas y antagonistas en dicha posición) pueden producirse fisiológicamente en cuanto hacen su aparición las reacciones de prestancia.

En tercer lugar, desde el punto de vista clínico, A. Collin admite que los niños hasta los dos años y medio poseen una especial aptitud para conservar sin fatiga la actitud pasiva, lo que le conduce a admitir una catalepsia fisiológica en el bebé. Quienes admiten su existencia es porque en ciertas condiciones el recién nacido presenta cierta inmovilidad de sus miembros que parecen permanecer en la misma posición. Con H. Baruk nosotros criticamos esta idea. No puede llamarse catalepsia más que a la activa conservación de las posturas impresas exteriormente al individuo, y nada de esto se percibe en el bebé; al alzar los miembros, éstos caen en su posición inicial: pero téngase en cuenta que la inmovilidad jamás ha sido equivalente a catalepsia. Esta, que consiste esencialmente en la suspensión de la iniciativa motriz, no aparece sino en quienes ya tienen desarrollada dicha función. Sobre este particular Roedenbeck, tras una sistemática exploración de 60 niños de un mes a tres años, no ha visto sino 6 —o sea, un 10% de los casos— con una discreta flexibilidad cérica y con posibilidad de mantener actitudes impuestas durante un tiempo que va de unos segundos a cuatro minutos.

El niño catatónico presenta una facies yerta, una flexibilidad cerca en sus movimientos pasivos, y persisten sus movimientos forzados. Se mantienen largo tiempo las más inverosímiles actitudes, de cinco a diez minutos, y hasta veintidós minutos en un caso de Roedenbeck. Normalmente dicho síndrome se produce entre los 2 y los 5 años. M. de Negri considera que puede sobrevenir en niños con normal desarrollo psicomotor, con inteligencia superior a la normal o casi normal. El examen E.E.G. y los exámenes corrientes de laboratorio no indican nada anormal en sus 10 observaciones. La etiología requerida es del tipo toxiinfeccioso (Roedenbeck, L. Kanner), dismetabólica-raquíctica (Modigliani, Dop). De Toni inscribe su síndrome en el marco de una psicorreacción de tipo histérico. M. de Negri distingue dos grupos: el cataléptico y el de las actitudes catalépticas. En el primero ve indicios de hipertonia difusa (aumento de reflejos posturales y rueda dentada) que considera en relación con episodios encefalíticos, tóxicos o dismetabólicos. El segundo lo encasilla en el marco de la inhibición psicomotora de origen psicógeno. En conjunto, la catalepsia infantil es en sí de pronóstico favorable. Para unos no ha de estudiarse en el marco de la debilidad motriz por inmadurez sino en el sentido neuropsiquiátrico de lesiones y funciones infantiles del niño que evoluciona.

Tenemos un conjunto de signos que con frecuencia se han valorado sin contar con la edad ni su significado. Algunos seguidores de E. Dupré, por una especie de adultomorfismo, han desvalorizado un tanto el sentido del síndrome descrito por él. Como ya hemos visto, el desarrollo del tono y la motricidad se confunden íntimamente con el desarrollo emocional, y con el desarrollo de orientación, gestual y de lenguaje. Es indudable que ellos no dependen de un desarrollo psicomotor, aunque su expresión sí lo puede ser. Por consiguiente, distinguimos los trastornos psicomotores de los cuadros clínicos con que tantas veces se han confundido.

Tratemos de definir algunos de los caracteres generales de los trastornos psicomotores:

- Los trastornos psicomotores no responden a una lesión central como origen de los síndromes neurológicos clásicos.
- Son más o menos automáticos, motivados, sentidos o deseados.
- Van unidos a los afectos, pero también en relación con lo somático para fluir a través de una conducta final común, y por esto no poseen las características propias de la perturbación de un sistema concreto.
- Son persistentes o lábiles en su forma, pero variables en su expresión. En un mismo individuo estarán estrechamente ligados a aferencias y situaciones.

—Suelen expresarse en forma caricaturesca y conservan caracteres primitivos (aunque codificados por la posterior evolución) que les asemejan a anteriores fases de contacto o repulsa, pasividad o agresión. A veces ni siquiera tienen la forma de movimiento primario sino el valor de un simple símbolo.

Los trastornos psicomotores, en suma, oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico, entre las vivencias más o menos queridas y las vivencias más o menos aceptadas pasivamente, entre la personalidad total más o menos presente y la vida más o menos activa.

Las fórmulas psicomotoras, tanto si se asemejan a los cambios extrapiramidovegetativos actualmente aislados (con los que no se identifican) como si se explican por fórmulas simbólicas, “de lo orgánico” o idealmente que conservan el valor clínico de esquemas que representan la evolución de las primitivas relaciones del hombre con el mundo.

En este cuadro entrarán ciertas formas de debilidad motriz, en el más definido sentido de la palabra, las inestabilidades psicomotoras, las inhibiciones psicomotoras, ciertas torpezas de origen emocional o causadas por trastornos de lateralización, dispraxias evolutivas, ciertas disgrafías, tics, tartamudeo, etc.

Si las diversas formas un poco disparatadas entran en el mismo marco, insistiremos en que aspectos equivalentes en el plano descriptivo responden, no obstante, a patogenias distintas y a formas diferentes.

Pondremos dos ejemplos: paratonía e inestabilidad psicomotora. Veamos ahora al débil motor paratónico y sincinético. Se nos muestra en su forma limitada, demasiado estrecha en movimiento y tiempo; aparece como espectador del movimiento de las cosas. Los esquemas motores con que participamos en la acción de los demás no llegan a adquirir en él la forma de esquemas dinámicos. Algunos superan la no participación de su cuerpo mediante representaciones espaciales justas, pero incomprensiblemente asimiladas. Se producen aparentes desplazamientos sin que el cuerpo siga el movimiento. El pensamiento se desplaza en un espacio en donde queda retenido el cuerpo representado. Al no concordar la forma dinámica del cuerpo y la estructura del espacio representado, aun viendo su finalidad y siendo posible su impulso, el movimiento no tendrá la elasticidad de lo perfectamente acabado y parecerá una incompleta desautomatización en la línea del movimiento continuo. Para nosotros, en la infancia existen el tiempo y el espacio como movimiento o desplazamiento; el cuerpo anda o se detiene, gozando al superar el obstáculo que le sale al encuentro. La agilidad del cuerpo gusta de la resistencia externa, pero la aportación apetitiva se integra de diversos modos, en el débil motor, según su propia resistencia. El necesario narcisismo es vivido como una satisfacción en la debilidad y en la coacción de la paratonía. El cuerpo encerrado en los límites de su propia acción pierde su calma por efecto de los movimientos sincinéticos que le impiden actuar de manera ordenada. El paratónico sincinético parece combatir en dos frentes: la necesidad de vencer el obstáculo de mover su masa, y la búsqueda de un freno para sus movimientos involuntarios. Si bien en realidad parece vivir esta lucha, los hechos nos muestran que una situación aparentemente antinómica como es ésta (totalmente coherente en la fase temprana del desarrollo) puede alterarse al modificarse algunos de sus aspectos, por ejemplo la relajación del fondo tónico.

La paratonía se nos presenta como un conjunto homogéneo únicamente al describir síntomas aislados; podemos señalar tres tipos:

- Paratonía normal infantil temprana; paratonía normal tardía que va a la par con la forma corporal del atlético, cuyo tipo patológico es el atlético epileptoide.
- Paratonía, alteración del desarrollo de los sistemas de la armadura motriz.

Maduración tardía, retraso de todo el desarrollo motor y del lenguaje, torpeza, etcétera, todo ello considerado como coacción.

— Paratonía subnormal de situación, pasajera a veces.

— Paratonía subnormal de prestancia, en la que observamos el estrechamiento individual de los contactos-afectivos, el repliegue en el cerrado mundo del conflicto, la reducción del gesto-contacto o la simbólica valorización del gesto-agresión. La motricidad es vivida como una lucha, con la rigidez de la espera, la defensa total y el sobresalto, etc.

Desde el punto de vista motor podemos señalar dos polos: el de la imposibilidad de utilizar el plano motor —la llamada forma neurológica— y el de la posibilidad inutilizada, fundamentalmente de base afectiva.

En este sentido, al hablar de terapéuticas “psicomotoras” nos referimos no sólo a terapéuticas puramente motrices, sino también al cambio psicomotor funcional evolutivo:

— no es tan sólo una detención o un déficit;

— modifica la organización de sistemas que normalmente evolucionan al mismo tiempo. La terapéutica psicomotriz actuará sobre trastornos no deficitarios. Al hacer más coherentes las organizaciones en cuanto a su eficiencia se puede influir en las insuficiencias, originando giros funcionales. Tales terapéuticas tenderán igualmente a superar nuevas formas de actuar. Con las terapéuticas psicomotoras actuaremos sobre figuras psicomotoras o sobre un fondo psicomotor. Nuestro objetivo se reduce a modificar la figura como síntoma, pero especialmente el fondo que lo hace posible, incluso en ocasiones únicamente el fondo con el fin de modificar el cuerpo en cuanto sistema de relación y orientación. El objetivo de una terapéutica psicomotora será no sólo modificar el fondo tónico —sincinesias o cualquier otro tipo de actos—, de influir en la habilidad, la posición y la rapidez, sino sobre la organización del sistema corporal, modificando el cuerpo en conjunto, el modo de percibir y de aprehender las aferencias emocionales. El objetivo de dichas técnicas no será únicamente motor sino que actuará sobre el cuerpo unificador de experiencia y eje de nuestra orientación.

E. — LA INESTABILIDAD PSICOMOTRIZ O SÍNDROME HIPERCINÉTICO

1.º Inestabilidad psicomotriz

En 1897, en unos niños que presentan un retraso ligero D. M. Bourneville describe una inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema. J. Demoor, en 1901, describe la inestabilidad del niño comparándola a un corea mental; observa un desequilibrio de la afectividad, exceso de expresión de las emociones, ambivalencia de las reacciones (iras que rápidamente se transforman en caricias, dotor que pasa rápidamente a alegría, actos de indisciplina de los que el niño se arrepiente en seguida), falta de inhibición y de atención, necesidad constante de cambios y de movimientos, con palabras y gestos entrecortados. Ph. y G. Paul-Boncourt hablan de la inestabilidad de los escolares. En los países de habla alemana, desde E. Kraepelin, así como en los países anglosajones, la inestabilidad está ligada sobre todo a unas formas anormales de comportamiento que pueden llegar hasta la perversión; igualmente, en Francia, encontramos también este aspecto social de la inestabilidad en las tesis de G. Heuyer y de G. Néron.

Sobre todo desde el trabajo de H. Wallon: *El niño revoltoso* (1925) y desde la tesis de J. Abramson: *El niño y el adolescente inestable* es cuando se perfila con claridad la postura francesa respecto a la *inestabilidad psicomotriz*. En los trabajos de H. Wallon, se encuentra una descripción y una clasificación de las formas de inestabilidad psicomotriz; la descripción de este síndrome es excelente desde el punto de vista psicológico pero, desde el punto de vista patológico, sigue dependiente de una sintomatología neurológica que se había enriquecido con los estudios sobre la encefalitis epidémica. J. Abramson aporta un estudio más general de la psicología del niño inestable y especialmente de su personalidad; este autor demuestra que el inestable psicomotriz opera casi siempre en cortocircuito, es decir más bien de una forma intuitiva y confusa, y no utiliza los encadenamientos, las oposiciones, las confrontaciones; considera que la memoria inmediata de los datos concretos es generalmente bastante buena en estos sujetos, pero no son capaces de ordenar unos hechos en el tiempo. El inestable psicomotriz está acorralado por todos los estímulos exteriores y es incapaz de inhibir su necesidad de desperdigamiento; su atención es lábil; se fija ya en el detalle ya en el conjunto pero sin hacer un análisis del mismo y la actividad ordenada le cansa. En conjunto, el inestable psicomotriz supera a menudo los tests que exigen un gran gasto de energía en poco tiempo mientras que fracasa en aquellos que exigen una coordinación, una precisión y una rapidez de movimientos, es decir en todo aquello que exige un esfuerzo de inhibición y de organización. Por otra parte, según este autor, el inestable es opuesto a todo aquello que es estable y organizado, es sugestionable e influenciable por todo lo móvil e irregular; su humor oscila entre una alegría algo tirante y una depresión de aburrimiento.

S. Kiener (1940) clasifica las inestabilidades en dos grupos:

- las inestabilidades adquiridas que pueden ser consecuencia de factores orgánicos o de traumatismos y situaciones psicológicas desfavorables (factores socioeconómicos y familiares);
- las inestabilidades constitucionales que responderían a unas predisposiciones innatas o hereditarias que serían relativamente independientes de las condiciones mesológicas.

Ciertos autores han negado la existencia de la inestabilidad psicomotriz a causa del polimorfismo del cuadro, otros han querido distinguir de forma absoluta las inestabilidades motrices puras de las inestabilidades fundamentalmente psíquicas.

Desde 1949, venimos insistiendo que nos parece vana la eterna discusión que trata de situar el conjunto de problemas de este tipo de trastornos, ya sea en el terreno de la evolución caracteriológica, ya en el de la evolución motriz. Creemos con A. M. J. Chorus, que el aspecto motor y el aspecto de la forma psíquica son las dos caras de un mismo estado de la personalidad que se llama: "inestabilidad". Este autor escribe que "los dos aspectos demuestran de forma clara que la inestabilidad no es sólo una cuestión de inestabilidad, sino también de carácter; en definitiva, es un problema de falta de duración o de continuidad de la conducta global". Estos niños son llevados a la consulta por retraso escolar y no obstante tienen un nivel mental normal; destacan sobre todo por una agitación psicomotriz; se mueven constantemente, lo tocan todo, son tercos sin agresividad, incapaces de inhibición motriz y de moderación emocional; su actividad es desordenada, su atención dispersa; son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente durante un trabajo prolongado; son "unos buscadores y perdedores de formas" (A. M. J. Chorus).

Si, según los autores se acentúa ya el lado motor, ya la organización de la per-

sonalidad del inestable, por nuestra parte creemos que, en el cuadro del síndrome de la inestabilidad psicomotriz podemos aislar dos casos extremos:

- una forma con trastornos motores prevalecientes, forma subcoreica, en que los trastornos de la personalidad parecerían menos importantes;
- una forma caracterial con retraso afectivo y modificación de la motricidad expresiva.

Siempre hemos defendido la existencia de estas dos formas extremas, pero admitiendo la existencia de formas intermedias. Consideramos que la inestabilidad subcoreica es una forma de motricidad, de aparición precoz, que responde a una ausencia de inhibición de una hiperactividad que generalmente desaparece con la edad. La forma de inestabilidad *afectivo-caracterial* es más dependiente de la situación del medio en el que viven estos niños. Estos sujetos, más que los anteriores, dan pruebas de una intencionalidad y de una dirección de su agresividad y de su impulsividad. En esta última forma, encontramos unos trastornos de la organización de la personalidad que ha aparecido en una edad precoz. Los sujetos que la padecen no llegan a establecer unas relaciones objetales aceptables; buscan sin descanso unas satisfacciones que no llegan a conseguir, ya por el hecho de una insuficiencia pulsional, ya por el hecho de un exceso pulsional. La labilidad en estos sujetos es simultáneamente sensorial y motriz y su capacidad de imantación se dispersa. Si bien estas dos formas se manifiestan por la vía final común motriz, no obstante no tienen el mismo significado etiológico y patológico; incluso si en un momento dado se presentan como unos modelos equivalentes, no obstante pueden no corresponder a una etiopatología parecida. Por otra parte, los trastornos perceptivos del lenguaje, y en especial de la lectura, los trastornos emocionales y del carácter pueden encontrarse en las dos formas. De hecho, la inestabilidad, en cuanto síntoma, puede modificar los modos de organización conjunta, que sólo son posibles a partir de un cierto grado de estabilidad que pueda dar a las funciones su sentido, y de una cierta continuidad en su organización.

2.º Síndrome hipercinético

Los autores de habla inglesa, que desconocen la mayoría de los estudios franceses sobre la motricidad (que empezaron con los primeros trabajos de Dupré), han aislado dentro del marco de los trastornos de la conducta lo que llaman el *síndrome hipercinético*; respecto al mismo han emitido unas hipótesis patológicas y utilizado unas terapias especiales. Pero en ninguno de estos trabajos, dice N. Dopchie (en su revisión crítica), ni el mismo término de hipercinesia ha sido objeto, —ni siquiera se ha intentado— de una definición rigurosa; únicamente H. F. R. Prechtl describe con extrema minuciosidad el síndrome neurológico sobre el cual basa su diagnóstico de "síndrome coreiforme". Es esto un reproche importante que también se podría hacer con respecto al concepto de síndrome hipercinético. En sus descripciones, la hipercinesia es presentada ya sea como una "figura" sintomática sobre un "fondo" de desorganizaciones generales cuya patogenia es considerada básicamente como unívoca, ya sea como el origen de estas desorganizaciones de fondo. Este concepto de hiperactividad vuelve a encontrarse en la definición del "síndrome coreiforme", así como en la del "trastorno impulsivo del carácter" y del niño "acting out". Estas dos últimas formas son intermedias de las descripciones en las que está incluida la hipercinesia tales como "los trastornos antisociales por desinhibición del desarrollo" (P. J. Graham) y ciertas conductas desviadas con trastornos del aprendizaje (S. Ku-

pietz y cols.) o "trastornos de la conducta en los niños en edad escolar" (G. G. Steinberg y cols.). En estos diferentes tipos de conducta, la hipercinesia o bien es puesta en un primer plano, con lo que se parece mucho a lo descrito como síndrome de inestabilidad psicomotriz por los autores franceses, o por el contrario forma parte de un segundo plano, en cuyo caso la hipercinesia forma parte del cuadro descrito en Francia con el nombre de "trastornos de la conducta y del comportamiento". En otros casos, se asocian a unos trastornos del aprendizaje.

Ciertos autores, como L. Eisenberg, han descrito la hipercinesia más bien desde un punto de vista sintomático en 1957, y con un sentido sindrómico en 1966.

Otra característica de las primeras descripciones americanas es la aceptación de la etiología orgánica de este síndrome, hasta el punto de que han llegado a ser el equivalente de las "*lesiones cerebrales mínimas*". En 1947, A. Strauss y L. Lehtinen describieron un síndrome caracterizado por unos síntomas que testimonian una desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motrices y afectivas, pero en el que predominan la hiperactividad, la inestabilidad y la impulsividad. Dentro del marco de las lesiones cerebrales mínimas se ha descrito: la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos visuomotores, la mutación retrasada o irregular, los movimientos asociados exagerados. Desde un punto de vista más etiológico y en la óptica de los trastornos motores, se han descrito unas parálisis de origen cerebral "*mínima*", una inmadurez cerebral, acercándose esta última al antiguo concepto de "infantilismo motor" de Homburger, por otra parte tomado por A. L. Annel. Para evitar una etiología demasiado concisa, el grupo de estudios internacionales de Oxford (1962) rechazó el concepto de "lesiones cerebrales mínimas" para adoptar el de "disfunción cerebral mínima".

Según el reciente trabajo de P. H. Wender (1971), el síndrome de *disfunción cerebral mínima* (M. B. D.) en el niño se caracteriza por:

- un trastorno de la conducta motora, una hiperactividad (no obstante cita cierto número de niños hipoactivos) y una alteración de la coordinación;
- unos trastornos de la atención y unos trastornos perceptivos;
- unas dificultades de aprendizaje escolar;
- un trastorno en el control de los impulsos;
- una alteración de las relaciones interpersonales;
- unos trastornos afectivos: labilidad, disforia, agresividad, etc.

Estudiando la sintomatología neurológica, este autor distingue entre la sintomatología neurológica ligera o mínima y la sintomatología neurológica importante. Considera que los modelos descritos a partir de los tests psicológicos no responden a unos *patterns* constantes de disfunción en los tests perceptuales y cognitivos. Curiosamente describe varios subtipos: clásico hiperactivo, neurótico, psicopático, esquizofrénico, trastornos especiales del aprendizaje. Por otra parte desde un punto de vista etiológico, para P. H. Wender, la M. B. D. (minimal brain dysfunction) puede responder a unas etiologías diferentes o a una interacción de diversos componentes: lesiones cerebrales orgánicas (transmisión genética, trastornos intrauterinos, mal desarrollo fetal) y determinantes psicogenéticos. De hecho P. H. Wender distingue:

- Unas M. B. D. reactivas (aparentemente similares a la hiperactividad orgánica) también llamadas hiperactividad neurótica en el caso de ausencia de pruebas de lesiones cerebrales; en este último caso, la forma de conducta es entendida como un intento del niño de enfrentarse al entorno y a sus propios conflictos neuróticos;
- unas M. B. D. sintomáticas que van conjuntamente con un retraso, un estado límite o una esquizofrenia.

De hecho, nos encontramos frente a dos posturas:

— para unos, dentro del actual estado de cosas, más vale limitar el diagnóstico de hipercinesia a aquellos casos en los que una hipercinesia grave está asociada a otros elementos del síndrome (tendencia a la distracción, impulsividad, capacidad de atención muy breve, etc.);

— para los otros, el síndrome de hipercinesia está estrechamente ligado a unos trastornos del aprendizaje de los cuales unos serían de tipo específico (dislexia, p. ej.) y a unos trastornos psicológicos especiales puestos en evidencia por unos tests — perturbaciones perceptivo-visuales y auditivas, trastornos de la coordinación óculo-motriz, de la discriminación figura-fondo, de la constancia de las formas, de la orientación, de la estructuración espacial. M. Frostig ha elaborado una batería de tests para el estudio de estos trastornos.

De forma general, desde el punto de vista cognitivo, el nivel de integración conceptual es considerado deficiente. S. B. Campbell y cols., consideran que hablar de déficits cognitivos no es suficiente y que es importante, en psicología experimental, abordar este estudio a partir del concepto de "estilo cognitivo". Según estos últimos, los resultados muestran que estos niños se turban cuando se les pide que hagan una selección entre varias alternativas; sus respuestas son sobre todo impulsivas cuando se les coloca delante de índices alternativos y contradictorios. Desde este punto de vista son menos aptos para controlar su conducta y para inhibir las respuestas incorrectas; son menos buenos cuando una pregunta les exige la separación de un estímulo importante desde un segundo plano confuso, están más atraídos por los aspectos más llamativos del campo del estímulo; son más lentos cuando lo que hacen exige rapidez. Por ello se puede decir, según S. B. Campbell y cols., que los niños hiperactivos emplean típicamente unas estrategias, unas resoluciones de los problemas menos eficaces que los niños normales.

Naturalmente, tanto la hiperactividad como la hipercinesia, con las consecuencias que ellas mismas comportan, no pueden ser valoradas si no se las relaciona con la edad del sujeto y con su evolución.

Para ciertos autores, la hiperactividad se atenúa entre los 11 y los 13 años, para desaparecer completamente con la adolescencia; pero esto es igualmente cierto para los trastornos psicológicos asociados que o mejoran o adquieren aspectos diferentes. Aun así, se puede decir, no obstante, que una hipercinesia grave trastorna la línea general del desarrollo debido al tipo de experiencia con que el individuo lo vive y de la repercusión que el mismo provoca. Si ciertos autores han introducido también el valor de la modificación E. E. G., asociada, por nuestra parte creemos que no se encontrarían diferencias esenciales entre el conjunto de los que acuden a una consulta médico-pedagógica y el de unos niños hiperactivos. Igualmente hay que decir que no existe diferencia significativa entre los trastornos perceptivos de los niños hiperactivos y los del conjunto de niños con problemas, llevados a consulta. Por otra parte, como ha mostrado C. Lairy, es difícil valorar un registro encefalográfico en el niño sin tener en cuenta las perturbaciones tonicomotrices, psicomotrices o afectivas asociadas.

Tanto si se designa este síndrome con el nombre de "hipercinético" o de "disfunción cerebral mínima", se ha descrito una mejora con medicamentos psicotónicos, y especialmente con anfetaminas.

Desde 1937, C. Bradley mostró la acción beneficiosa de la anfetamina en los trastornos de la conducta del niño. Posteriormente se emplearon otros psicotónicos (hay una bibliografía importante en el volumen de P. H. Wender, 1971). Se ha empleado la DL-anfetamina (Benzedrina) u otros medicamentos con acción equivalente, especialmente el metilfenidato (Ritalin). Actualmente parece estar demostrado que estos medicamentos son de una efectividad evidente sobre el nivel de acti-

vidad, la atención, la impulsividad, el comportamiento social, el aprendizaje; los efectos secundarios (insomnio y anorexia, menos frecuentemente trastornos gástricos, cefaleas, temblores de las extremidades) tienden a desaparecer con la prolongación de la cura. Según ciertos autores, el efecto de la amfetamina puede disminuir con el tiempo, consiguiéndose una nueva mejora con el empleo del Ritalin; otros autores señalan que ciertos niños sólo reaccionan a determinada forma de amfetamina, la levógiro o la dextrógiro. Las estimaciones de mejoras van desde el 54% (G. C. Steinberg) hasta "la mayoría" (P. H. Wender). Las amfetaminas también pueden, según ciertos autores, modificar la conducta de niños que no presenten síntoma hiperkinético, pero sí trastornos de la conducta, problemas de aprendizaje, trastornos del carácter, etc.

Es difícil distinguir qué tipos de niños hiperkinéticos responden bien al tratamiento amfetamínico y qué tipos responden mal: para algunos, hay una diferencia según la importancia de los signos neurológicos, para otros, según la psicopatología familiar.

En una conferencia reunida bajo la dirección de la Sección de la Conducta del Niño del Departamento de Sanidad de Washington (1971) se estudió la utilidad y el peligro del empleo de amfetaminas. La eficacia ha sido admitida por la mayoría de los autores; en cuanto al peligro de toxicomanía secundaria, nos remitimos al estudio de R. Diatkine y J. P. Frejaville, pero un estudio catamnésico realizado por L. Eisenberg y C. K. Conners (1971) no aporta pruebas de abusos de medicamentos en unos pacientes tratados durante su infancia por hiperkinesia y seguidos durante la adolescencia y el principio de la edad adulta. Según estos mismos autores, si la eficacia de las amfetaminas está demostrada y aunque a veces haya existido efectivamente un mal uso de estos medicamentos, esto no implica su no-utilización, sino que refuerza la importancia de una evaluación médica completa de los niños que se podrían beneficiar de su uso.

Los antidepresivos, imipramina y amitriptilina, han dado también resultados positivos en los niños hiperkinéticos, e incluso con una eficacia superior y una incidencia baja de efectos secundarios, que han llevado a H. R. Huessy y A. L. Wright (1970) a sugerir el reemplazo de la dextroamfetamina por la imipramina como medicamento de elección para el tratamiento de los niños con trastornos de la conducta; B. G. Winsberg y cols., (1972) sugieren alternar ambos medicamentos.

También han sido probadas la difenilhidramina (Fish, 1968), con buenos resultados; la difenilhidantoína, la misolina e incluso el litio. En los síndromes hiperkinéticos clásicos no psicóticos, las fenotiacinas no parecen dar buenos resultados. El fenobarbital está contraindicado según la mayoría de los autores.

Sería absurdo minimizar la importancia de los estudios que tratan de la importancia de las amfetaminas. Parece demostrado, como dice N. B. Talbot y cols., que estos medicamentos tienen un efecto sobre el nivel de actividad y la motricidad, haciendo que ésta esté más controlada, más corregida. Igualmente se ha demostrado que varios atributos perceptivos o intelectuales, se han mejorado en esos niños. Estos cambios serían seguramente consecuencia de un aumento de la atención durante la actividad o de un mejor control de la respuesta.

Nos parece difícil admitir el carácter lesional de todos estos estados hiperkinéticos y es con razón como la mayoría de estos autores hablan en la actualidad de disfunción cerebral. Las manifestaciones de la M. B. D., según R. H. Wender (1971), serían la expresión de una disfunción del metabolismo de la noradrenalina de origen genético, disfunción que actuaría a nivel del sistema de vigilia de la sensibilidad y de los refuerzos. A partir de nuestros conocimientos actuales, nos parece aventurado aplicar, como hace este autor, dicha hipótesis a todos los trastornos hiperkinéticos o a todos los trastornos de conducta. Por otra parte, parece demostrado que las amfetaminas actúan en sujetos que presentan unos trastornos de la conducta o unos trastornos cognitivos especiales. Esto no hace más que confirmar la hipótesis, defendida por H. Wallon, de la relación extremadamente estrecha entre la emoción y el carácter y confirma, además, el papel que este autor concede a las relaciones entre la organización postural y la organización emotivoafectiva desde el principio de la organización psicológica del niño. Las investigaciones sobre la amfetamina nos muestran que

los sistemas subcorticales deben desempeñar un papel importante en la organización tonicoemocional precoz.

Como dicen B. C. L. Touwen y H. F. R. Prechtl, el sistema nervioso debe de ser como el aparato hecho para realizar una conducta compleja. Una distinción estricta entre los fenómenos neurológicos tal como se describen ordinariamente y ciertos aspectos de la conducta (vigilancia, fijación de la atención, persistencia de la fijación visual o movimientos voluntarios dirigidos a un fin) es de hecho puramente artificial y fundamentada únicamente en la tradicional separación entre neurología y psicología. Los estudios sobre la "disfunción cerebral mínima" padecen serias imperfecciones metodológicas y, cuando un grupo de niños presentan simultáneamente signos neurológicos y conductuales, una relación causal puede interferir lógicamente entre signos de disfunción nerviosa y conducta pero en general no puede afirmarse una relación lógica. Según estos autores, una ligera disfunción nerviosa puede llegar a afectar a un niño en su trabajo escolar, lo que comporta repercusiones importantes. No obstante, pueden existir las mismas perturbaciones de la conducta sin signos de disfunción nerviosa; debe quedar claro que en un caso así concluir que existe un síndrome de lesiones cerebrales mínimas es algo inadmisible.

En este sentido hemos dicho que los trastornos psicomotores en su conjunto oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico, entre lo vivido y lo vivenciado, entre la personalidad global más o menos presente y la vida que se ha vivido; seguimos creyendo que la doble polaridad que hemos descrito en la inestabilidad psicomotriz sigue siendo aún válida en el caso de los síndromes hiperkinéticos. Para nosotros, la inestabilidad psicomotriz es la figura psicomotriz sobre un fondo desorganizado. En un gran número de trabajos norteamericanos, la introducción de la noción de lesiones cerebrales a mínima acabaría haciendo describir unas hiperkinesias sin hiperkinesia. Es tan grave considerar la inestabilidad psicomotriz como un síndrome únicamente motor, como situarlo dentro de un conjunto de conductas extremadamente diversas, dentro del marco de un disfuncionamiento cerebral mínimo, sin tener en cuenta el desarrollo efectivo del niño y sus relaciones con el entorno. En estos casos se trata casi siempre de un mecanismo de seguridad para el médico que no tiene en cuenta la complejidad de la conducta y del comportamiento y confunde unas patologías que de hecho son diferentes y que frecuentemente se fundan en una semiología inadecuada y también no cierta.

3.º El inestable y su entorno

En un estudio comparado de padres de niños hiperkinéticos con padres de un grupo de control, D. P. Cantwell (1972) encuentra que el 10% de los padres de niños hiperkinéticos parecen haber sido a su vez hiperkinéticos y que la mitad de ellos tenían una enfermedad mental, mientras que la mayoría de los padres del grupo de control no la tenían; la prevalencia de enfermedad mental era mayor en los padres que en las madres.

El mundo de los adultos no está hecho para el inestable psicomotriz. El mundo del inestable no tiene ni la coherencia, ni el orden, ni la continuidad del mundo de los adultos. El niño inestable tiene un modo de relación fugaz, tiene afecciones con una apariencia indiferenciada, tiene reacciones en cortocircuito, unas satisfacciones instantáneas. Se mueve dentro de un mundo fijo mientras que él es todo movimiento, en un mundo deshecho y que presenta una discronometría respecto a la continuidad del mundo ordenado. Sus reacciones no responden a lo que el mundo

que le envuelve exige de él y los trastornos que presenta casi siempre están acrecentados por las reacciones del entorno (medio familiar y escuela); son unos niños que molestan, que se adaptan mal a un orden establecido y a una enseñanza rígida. Su comportamiento, a veces incomprensible, hace que el medio reaccione. S. Kiener ha estudiado las reacciones del medio frente al inestable y distingue diferentes tipos de comportamiento de los padres y de los maestros de escuela frente al mismo.

En el transcurso de su evolución la personalidad del inestable depende de su modo de aprehender el mundo, pero también de la actitud del entorno. Así se han descrito diferentes tipos de conducta reactiva. Se pueden aislar cuatro especiales (S. Kiener): la oposición, la renuncia, la autoacusación y el autocastigo; la reacción de oposición es la más frecuente. Frente a la incomprensión de los padres y a la hostilidad del entorno, el niño, sintiéndose engañado injustamente, se decide por la revuelta. Desobedece, miente, reacciona frente a la más mínima contrariedad encolerizándose; con la obstinación y el enfado, desprecia sus deberes, no estudia sus lecciones. En clase es indisciplinado, hace lo peor y distrae a sus compañeros. Así se hace admirar por los otros niños, atrae la atención del maestro y le ridiculiza; simultáneamente proporciona vía libre a su necesidad de movimiento. A veces las reacciones son más violentas (insolencia, injuria, amenazas, violencia e incluso fuga) como respuesta a una sanción que no ha sido aceptada. La oposición puede llegar incluso más lejos: rechazo de toda regla social, de toda conducta que recuerde las que los adultos proponen.

Mal adaptado a la vida escolar, para el inestable su preparación profesional sigue siendo un handicap; el aprendizaje de un oficio que exige años de asiduidad y unos gestos siempre iguales no consigue superarse; entonces es cuando puede empezar su odisea de una profesión a otra. Pero, como ha mostrado L. Bourrat, si el niño está inmerso en unas buenas condiciones educativas y afectivas, la inestabilidad se reduce en gran número de casos a un trastorno mínimo, y, en unas condiciones favorables, puede disminuir hacia alrededor del décimo año de edad.

4.º El tratamiento

Ya hemos hablado del problema de las anfetaminas y de los psicotónicos. Pero de hecho, la terapia de estos casos incluye un conjunto de medidas que dependen en parte de la forma de inestabilidad propia de cada niño que se nos presenta; éstas medidas serían: una ayuda psicoterápica a los padres, una organización escolar adecuada con un trabajo adaptado a las posibilidades del niño y pudiendo modificar su evolución. La psicoterapia del niño debe dirigirse a los trastornos de tipo afectivo. En cualquier caso, el inestable conseguirá aprovecharse de las posibilidades de una terapia psicomotriz.

IV. — TRASTORNOS DE LA REALIZACIÓN MOTORA

A. — TRASTORNOS DE LA EFICIENCIA MOTRIZ EN LA DESORGANIZACIÓN PRÁXICA

No hace falta decir que en las grandes encefalopatías el retraso motor y el retraso mental están íntimamente asociados. El retraso de la evolución motora se produce a la vez que el de la inteligencia y responde a lo que se ha dado en llamar paralelismo

psicomotor. Con todo, ciertas encefalopatías a mínima podrán ocasionar perturbaciones que algunos atribuyen a una lesión orgánica que afecta a la percepción, el control emocional y la estabilidad, pero que no siempre irá acompañada de una notable alteración de la inteligencia ni de un síndrome deficitario de la realización motora. Al abordar el problema de la correlación entre nivel intelectual y eficiencia motora de los débiles mentales en función de factores etiológicos, S. R. Heath indica que las relaciones más estrechas se dan en quienes tienen una debilidad "endógena", mientras que en debilidades "exógenas" la correlación entre motricidad e inteligencia es menor. Según un reciente estudio de M. Stambak, la eficiencia motora manual globalmente considerada en relación con la edad, en los débiles se asemeja a la eficiencia intelectual, pero, a decir verdad, es muy diversa la eficiencia según la naturaleza de la tarea propuesta. Del estudio comparativo entre débiles "endógenos" y "exógenos", con el mismo CI, se desprende que las "posibilidades motoras" de los débiles "endógenos" son, en ciertos aspectos, del mismo nivel que las de los adolescentes normales de la misma edad real, mientras que los logros de los débiles "exógenos" a veces son inferiores a los de los niños corrientes de la misma edad.

En cuanto al "estilo motor", es decir, en cuanto a los diversos modos de realizar un acto motor y una función motora, también hay diferencias, aunque menos claras. Pero, al revés de lo que propugnan A. A. Strauss y L. E. Lehtinen, que insisten en la falta de control de los débiles "exógenos", M. Stambak sostiene que los niños dan muestras —al menos todo lo hace suponer— de una indudable voluntad de "bien obrar" paralela a la que vemos en los pacientes cerebromotores.

En la patología del adulto, la apraxia ocupa un puesto especial entre los trastornos organizativos de las funciones simbólicas, junto a agnosias y afasias. Ahora bien, en la literatura relativa a la neuropsiquiatría infantil aparecen pocos casos de apraxia. Cabe preguntarse si no es algo arbitrario haberle dado cuerpo y si no lo habremos extraído de un sistema más complejo.

H. Werner y A. Strauss (1941) hablan de dificultades en las copias de formas geométricas en casos de lesión orgánica cerebral. L. Bender habla de deficientes trazados en niños con una lesión encefálica. Muchos autores dicen haber tenido malos resultados con la prueba de L. Bender en alteraciones de tipo exógeno (G. J. Bensberg, 1952; Z. S. Klapper y H. Werner, 1950; J. E. Delphin y W. M. Cruickshank, 1951; etc.). S. S. Gubbay y su equipo esbozan un cuadro de "torpeza infantil" en que se combinan diversos trastornos neurológicos, trastornos práxicos y del esquema corporal, fallos en la orientación espacial, en la lectura, en la escritura y el cálculo.

Entre las deficiencias por lesión cerebral mínima, L. di Cagno y F. Ravetto señalan, junto a unos síntomas neurológicos más o menos característicos, defectos del esquema corporal, de la lateralidad, de la representación espacial del ritmo, de la actividad gráfica y de la disposición espacial de los números, es lo que junto con R. Angelergues y H. Hécaen hemos dado en llamar "apractognosias somatoespaciales".

Al estudiar los trastornos de la organización motora o practognósica de los niños con lesión cerebral, M. de Negri y cols., admiten que en ciertos casos puede haber una correlación entre la localización de las lesiones y los trastornos gnosopráxicos; que la incidencia del trastorno sensorial puede dificultar el diagnóstico de un trastorno gnósico de orden cortical; que se puede establecer una correlación entre la gravedad del trastorno nosopráxico y la importancia del trastorno motor, correlación explicable por falta de experiencia motocinestésica; que algunos trastornos pueden estar en relación con una insuficiencia del desarrollo del pensamiento espacial.

No insistiremos en los trastornos práxicos que aparecen en determinadas formas de demencia infantil, pues este problema se estudiará en otro lugar.

S. T. Orton subraya que en niños zurdos con alteraciones de la dominancia hemisférica, puede existir una apraxia congénita consecutiva, no por dificultades de aprendizaje de los modelos motores de tipo simple, bilateral o alternativo, sino por trastornos de los actos que requieren una nueva combinación de actos reflejos simples en movimientos más complejos.

Por nuestra parte, sin hablar de apraxia propiamente dicha, en unión de V. Monod hemos comprobado estadísticamente en los zurdos que, a partir de los seis años, tienen unas dificultades que van en aumento al tener que estructurar unas pruebas gráficas. Los zurdos suelen estar en desventaja frente a los diestros en cuanto a reconocer la relación izquierda-derecha en los demás. Señalemos que los trastornos de estructuración gráfica aparecen también en ciertas desorganizaciones llamadas "instrumentales" (dislexia, disgrafía, disfasia), sin que podamos hablar de auténticas dispraxias. Entre las llamadas formas "instrumentales" hay que señalar el cuadro clínico llamado por J. Ley con el nombre de "audiomutismos idiopáticos por retraso del funcionamiento de las funciones práxicas" que, en unión de S. Borel-Maisonny, R. Diatkine y S. Narlian, hemos denominado "audiomutismo con un importante elemento dispráxico". Se trata de niños mudos (o no hablantes aunque con oído normal) con alteraciones de su estructuración espacial y cuya dispraxia de predominio orolinguo-facial se inscribe en el marco de una deficiencia psicomotora general.

B. — ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS APRAXIAS INFANTILES

En el niño no podemos ver una única apraxia, sino diversos tipos. Sucesivamente iremos señalando diversas desintegraciones práxicas para, después, exponer lo que se ha dado en llamar "apraxia especializada".

1.º Apraxia de realizaciones motrices. — Es bastante frecuente la apraxia de realizaciones motrices sin alteración del esquema corporal, junto con un déficit motor neurológico en el niño y retraso de la organización motriz. Su característica fundamental es la falta de coordinación o un déficit de elementales praxias utilitarias; sus actos son lentos, torpes y no conformes con una planificación bien pensada.

2.º Apraxia constructiva. — Puede presentarse aparentemente aislada, y aparece al hacer ciertos exámenes generales, al tratar de copiar imágenes geométricas, las imágenes del test de L. Bender o de la compleja figura de Rey. Suelen darse junto con una lateralidad mal asentada, con dificultades de conocimiento de los dedos, sin afectar a la autotopognosia general sin alterar los gestos. También les puede resultar algo complejo el imitar los gestos.

3.º Planotopocinesia y cinesias espaciales. — Son formas más raras en que la alteración gestual se produce al tiempo que una falta de organización del esquema corporal. A veces se perturba el gesto en un momento determinado de su ejecución, al realizarlo en un espacio concreto, o en un marco espacial ordenado y complejo. Suelen darse simultáneamente dificultades en la relación; el acto puede quedar a medias, dividido y ser difícil su seriación. Por eso les es difícil hacer nudos, abotonarse o simplemente vestirse, capítulo el último cuyas dificultades provienen de tener que elegir un punto de referencia. Los trastornos de praxis utilitarias van acompa-

ñados de dificultad en la utilización de los conceptos alto-bajo, izquierda-derecha. Son importantes las dificultades grafoconstructivas; que aparecerán al dibujar simples figuras geométricas o incluso al copiarlas y construir con palos. Dichas pruebas revelan la dificultad de determinar la relación entre dos figuras y trastornos simétricos relacionados con un eje central. Dichos niños tienen también dificultades para imitar gestos sencillos o complejos y realizar gestos simbólicos mímicos. También para imitar gestos simples de las manos o de los brazos, o los gestos difíciles de los dedos. Las alteraciones del esquema corporal se caracterizan por la dificultad en señalar las diversas partes del cuerpo, incluso de nombrarlas, y de realizar simples movimientos corporales (inclinarse hacia delante o de lado) o de cara; ya sean movimientos impuestos con una orden verbal como imitados o mímicos. Ni el dibujo de un monigote ni la construcción de un muñeco obedecen a un esquema ordenado.

4.º Apraxias especializadas. — Afectan a una parte del cuerpo o una determinada función de la actividad gestual. Se dividen en:

La apraxia facial comprende alteraciones diversas. A veces tienen su origen en una disociación automático-voluntaria de la motricidad de la cara y se caracterizan por un déficit de la motilidad voluntaria a una orden, mientras sonríe y ríe normalmente, mueve, sin embargo, la lengua al masticar —sin afectar a otro tipo de praxias, como las constructivas o del vestir, siendo normales las pruebas de estructuración—. En casos como la observación de E. Hasaerts van Geertruyden, se asocian a estructuras de la presentación espacial diversos elementos que constituyen el rostro, tanto en el dibujo como en la prueba de Grace-Arthur. Por último, pueden asemejarse a una apraxia propiamente dicha. El niño no presentará ningún trastorno en los movimientos de la lengua, pero no sabe realizar ningún tipo de movimientos que se le ordene, aun cuando por imitación sí puede realizarlos. Por otra parte, incluso la imitación será difícil, ya que el niño se buscará la lengua con la mano. H. Wallon y G. Denjean señalan una apraxia ocular cuya característica es que el niño no puede seguirse con la vista sus dedos que se mueven ante los ojos. Se aparta la mirada de los dedos y se fija en el rostro, en la frente del experimentador, o sus ojos giran haciendo movimientos inadecuados. Con el nombre de dispraxia palpebral, M. Schachter describe una incapacidad de cerrar y de mantener cerrados los ojos cuando se les ordena, en niños retrasados. Una apraxia lingual ha sido descrita por G. y C. Tardien y cols., en enfermos cerebro-motores; estos autores han estudiado también la agnosia de las formas de la cavidad bucal.

La apraxia postural (descrita por H. Wallon y G. Denjean) implica unas alteraciones en el comportamiento que no pueden realizarse sin confundirse entre sí, como si la mutua localización en el esquema corporal permaneciera confusa e indiferenciada. "Los frágiles lazos entre imagen del gesto y su ejecución producen un ritmo espasmódico, irregular, y una alteración formal." Por ejemplo, en determinadas incapacidades en pruebas de nariz-dedo o en el gesto de pronación-supinación de la mano será éste el motivo. En la primera prueba, el niño acercará la nariz al dedo que tiene en movimiento, en vez de llevar el dedo a la nariz y conservar quieta la cabeza. En la segunda, una mano sujetará a la otra como queriendo imprimirle desde fuera el gesto aparentemente bloqueado, aunque correctamente imaginado.

La apraxia colectiva de H. Wallon y G. Denjean, que en realidad supone dos fenómenos distintos, uno en relación con la apraxia del vestido y otro correspondiente a un desorden en la sucesión de movimientos, cuya consigna obedece a una toma de

posición impuesta en relación con un objeto externo, por ejemplo, arrodillarse sobre una silla.

La apraxia verbal. — Con este nombre, H. Wallon y G. Denjean señalan las difíciles relaciones verbomotoras no motivadas por dificultad de comprensión, sino por falta de concordancia entre el acto y la consigna del acto, pudiendo realizarse la acción al reforzarse la consigna por repeticiones o por demostración por gestos. En tales individuos habrá como una secundariedad de la comprensión.

C. — PSICOPATOLOGÍA DE LAS DISPRAXIAS INFANTILES

≠ APRAXIA

No podemos estudiar aquí el problema psicopatológico general planteado por las apraxias; nos limitaremos a tratar las hipótesis enunciadas en relación con las apraxias infantiles.

Para H. Wallon y G. Denjean, "el niño conoce perfectamente lo que ha de hacer; no tiene insuficiencia motora alguna en cuanto al gesto que ha de realizar, pero le es imposible realizarlo. Los trastornos práxicos pertenecen a una zona intermedia en que han de combinarse todos los gestos y actitudes que requiere el acto que se desea realizar. Lo equivocado es prefigurar el acto en su desarrollo espaciotemporal. La imposibilidad de ordenarlo correctamente adoptará dos formas: o bien el gesto a realizar está relacionado con un gesto externo y el trastorno consiste en la incapacidad de adaptar la estructura de los movimientos deseados a la estructura de los objetos, o bien la impotencia es más subjetiva, afecta a la manera de efectuar los movimientos en relación con el propio cuerpo". Lo que hace que todas las formas de apraxia tengan un denominador común que consiste, según dichos autores, en que "ni el espacio interior ni el propio coinciden. Al estar tan alterado el espacio, les hace confundir las partes del cuerpo de manera que el movimiento producido interesa bien la totalidad del cuerpo o a otra parte del cuerpo". "El trastorno puede ser aún más profundo y, en tal caso, se realiza la transferencia, no sobre una parte o la totalidad del propio cuerpo, sino en un espacio que es ajeno, semejando el eco de unos gestos por una especie de identificación, de sustitución del otro en uno mismo. Dicho estado de indiferenciación auto-hétero-corporal tal vez no sea sino la persistencia de una inicial indeterminación en que el niño no sabe distinguir sus relaciones motoras y las ajenas que van unidas a las suyas, o en las que el punto de apoyo de sus gestos todavía forma parte de sus gestos."

En unión de nuestros colaboradores, M. Stambak, D. l'Hériveau, M. Auzias y J. Bergès, hemos querido abordar dicho problema con una metodología que tuviera en cuenta la evolución práxica en el niño, teniendo en cuenta que las alteraciones que estamos estudiando —las dispraxias evolutivas— responden a una alteración del sistema y no a la desintegración de una función plenamente realizada. Con el fin de tener a la vista toda una gama de malas organizaciones práxicas, en nuestro estudio hemos trabajado con niños de inteligencia normal y con relativa facilidad en la expresión oral, pero con importantes dificultades para reproducir modelos que suponen relaciones espaciales.

Desde el punto de vista neurológico hemos podido distinguir dos grupos:

— Uno, en que los niños tienen dificultades motoras, caricaturescas a veces, que parecen explicar todo el cuadro psicológico. En ellos se suelen vislumbrar ligeros restos de lesiones neurológicas e insuficientes resultados en las pruebas motoras.

— Otro, en que los niños están indudablemente menos afectados en el plano motor; en este caso el examen neurológico siempre es negativo y las dificultades aparecen tan sólo cuando la tarea propuesta exige gran precisión en su ejecución.

También hemos podido distinguir dos grupos en el estudio de dibujos y construcciones de figuras humanas y de tests de imitación de gestos. Los resultados obtenidos con muchos niños sobre este particular son perfectamente normales, o bien el retraso observado es el mínimo. En otros hemos observado importantes trastornos: dibujo rudimentario del muñeco; sólo parcialmente compuesto, e incapacidad de imitar gestos relativamente sencillos. Hemos analizado el desarrollo intelectual de dichos niños basándonos en la distinción de J. Piaget y B. Inhelder, que distinguen entre aspecto figurativo y aspecto operativo de la representación mental.

A los niños dispráxicos les hemos aplicado unas pruebas que valoran las operaciones espaciales y las operaciones logicoaritméticas. Los resultados obtenidos son muy diversos. Estas pruebas espaciales están muy mal logradas, cosa que ya esperábamos, dado el déficit de figuración simbólica. Pero hay que subrayar que los resultados de dichas pruebas suelen ser aberrantes. Las pruebas de conservación de la cantidad, la sustancia y el peso también están mal logradas: en este aspecto, casi todos los niños tienen un retraso de tres o cuatro años. Ahora bien, en las pruebas de razonamiento logicoaritmético de soporte verbal, los resultados son absolutamente normales. El desfase entre los diferentes tipos de razonamiento plantea el problema de saber cuáles son los caminos por los que dichos niños pueden acceder a la llamada inteligencia formal.

Finalmente, en el terreno de los aprendizajes escolares, la lectura y la ortografía no plantean problemas para tales niños: de un número total de 28, 25 no tuvieron dificultad alguna en la lectura y en la ortografía, aun cuando en general todos tuvieron dificultades para aprender el cálculo. Lo que más dificultades presenta es la geometría, aun cuando también tienen dificultades para resolver los problemas de aritmética.

Por las indicaciones de los padres y el estudio detallado de su historia personal, estos niños tienen especiales cuadros afectivos: mucha emotividad con reacciones contenidas, intento de evitar o prevenir el malestar y graves trastornos de la personalidad que nos han hecho entrever la posibilidad de una psicosis infantil en algunos de ellos. En los tests de personalidad que M. Gluge ha sometido a nuestros niños, el análisis punto por punto de cada elemento del psicograma de Rorschach no da resultados significativos, ya que, con alguna excepción, no existen puntos comunes en todos los grupos de dispráxicos. Lo que parece desprenderse del estudio de la afectividad en los casos de dispraxia constructiva es que la falta de integración de los datos espaciales del esquema corporal y del acto motor suelen encubrir un profundo trastorno de la afectividad. Por otra parte, al estudiar el Score barrier de Fisher y Cléveland, M. Gluge obtiene resultados inferiores a los normales en 3 de cada 5 dispráxicos con rasgos neuróticos, y en 11 de cada 15 prepsicóticos y psicóticos.

Vemos que el estudio diferencial de los niños dispráxicos nos ha permitido aislar esquemáticamente dos grupos diversos en los que podemos encasillar la mayor parte de los niños.

— Un primer grupo, bastante homogéneo, formado por individuos en quienes los trastornos parecen estar en relación con importantes dificultades motoras. No presentan trastornos graves del esquema corporal, su adaptación afectiva es claramente normal o es un trastorno menor de tipo conflictivo o neurótico. Este grupo se carac-

teriza fundamentalmente por trastornos motores y por deficiencias en el terreno de las gnosias visuales que constituyen un grave obstáculo para el desarrollo de ciertos aspectos del conocimiento.

Un segundo grupo lo forman los niños que presentan cuadros psicológicos de mayor complejidad. En ellos los trastornos del esquema corporal son importantes, con componentes espaciales y de cuanto hace referencia al espacio centrado en el cuerpo. Es un síndrome apraxo-somatognóstico. Presentan en su totalidad graves alteraciones de la conducta, relaciones con lo real desorganizadas, así como con los objetos y las personas. En el segundo grupo el problema está en saber si el tipo de personalidad dispráxica es consecuencia de una temprana alteración de las primeras relaciones: efectivamente, si los impulsos no vienen en ayuda del conocimiento, éste será ineficaz, vacío, esquelético, incapaz incluso —y especialmente como “imagen en preparación”— de imaginar los medios de influir en el objeto. Cuando están alteradas las primeras relaciones con los objetos y la organización del esquema corporal, es evidente que se traducirá en una mala organización de fórmulas motoras en un espacio orientado. Pero, por otra parte, hay que preguntarse si la misma personalidad no quedará desorganizada por falta de organización práxica. Nuestros actuales conocimientos de las psicosis infantiles nos muestran (L. Bender) la frecuencia de alteraciones del esquema corporal en este síndrome, todo ello sumado a la incapacidad de adquirir clara conciencia del propio cuerpo (incapacidad que es origen de malestar y de reacciones defensivas), a una alteración del desarrollo motor con insuficiente control, dificultad para la adquisición de nuevas praxias, máxime si suponen una independización de la madre; aparte de eso, los actos motores reflejos de tipo elemental pueden persistir en forma de juego o para expresar la ansiedad. Parece que en tales casos el cuerpo actúa miméticamente, siendo su actividad reflejo de la ajena y hallando su satisfacción en una forma que no lleva implícita ni la evolución ni el cambio. En niños psicóticos, la evolución de la percepción queda perturbada, al igual que su influjo en el mundo y la percepción de éste.

Nos hallamos frente a especiales formas de aprehender el mundo, frente a auténticas agnosopraxo-somatognosias evolutivas.

D. — LA ESCRITURA Y SUS ALTERACIONES ¹

La escritura, compuesta de grafismo y lenguaje, está estrechamente relacionada con la evolución de las posibilidades motoras que le hacen adquirir una forma concreta y con el conocimiento de la lengua, que le da un sentido. La escritura es una suma de praxia y lenguaje, y únicamente puede realizarse a partir de cierto grado de organización de la motricidad que supone una fina coordinación de movimientos y un desarrollo espacial. Es una gnosopraxia tanto al copiar como en cualquier otro tipo de escritura. Siendo prácticamente un grafismo en los rudimentarios comienzos, pasa a ser una simbólica formulación del lenguaje interno al llegar a la escritura dictada o espontánea. La escritura es acción y representación, simbólica tan sólo en relación con lo simbolizado, significado que se adquiere mediante el aprendizaje. La expresión escrita que constituye el lenguaje escrito se realiza según un plano y una dirección arbitraria, variables según el idioma.

1. No pretendemos desarrollar el estudio total del problema de la escritura, objeto de un estudio especial: *L'écriture de l'enfant*, 2 vols. Delachaux et Niestlé, ed.; por De Ajuriaguerra, Auzias y otros, 1964.

La escritura, actividad convencional y codificada, es el resultado de una adquisición cuyos objetivos son leer no sólo lo que dicen las letras, sino unir las y organizarlas gráficamente. Por último, ha de responder a una exigencia del mundo moderno, la rapidez.

La escritura, posible por la progresiva maduración, se adquiere mediante el aprendizaje y es útil cuando ya es comprensible para uno mismo y para los demás, al fijar el pensamiento y transmitirlo cuando no estamos presentes.

La escritura infantil cambia con la edad. Algunos autores han querido establecer unas escalas del desarrollo grafomotor. Entre la más recientes, destacan las de Vinh Bang, H. de Gobineau y R. Perron. Tales escalas permiten valorar los grados de crecimiento de la actividad gráfica y estudiar con mayor precisión la llamada disgrafía.

El estudio de la escritura tendrá en cuenta unos componentes motores: la fuerza, la coordinación y organización de los movimientos, la rapidez, el ritmo y la forma de movimiento. Pero no olvidemos que la escritura se desarrolla en un campo motor y la actividad gráfica en un espacio definido. Lleva implícito la imitación de un movimiento con una dirección definida, la copia de formas con una orientación y el desarrollo del movimiento en un espacio representativo. Hay que tener en cuenta igualmente la necesidad infantil de expresarse con libertad de movimientos, siendo así que la escritura impone un espacio limitado y una reducción de su movimiento. Tras los primeros garabatos, para llegar a la forma gráfica, el niño habrá de reprimir la libertad de acción y frenar sus impulsos. Habrá de aceptar dicho control para pasar del grafismo lúdico al grafismo de expresión abstracta con economía de gestos. En dicho ahorro, posteriormente, tal vez encuentre una satisfacción, al responder a sus necesidades personales con el placentero aprendizaje de unos trazos precisos y yuxtapuestos. Para disponer perfectamente de una página, llevar un orden, precisar y controlar los movimientos se requiere una estabilidad emotivoafectiva, es decir, que la evolución de la escritura implica la organización motora, la organización de la acción simbólica y gestual y el conocimiento del valor simbólico del acto gráfico.

Será disgráfico todo niño cuya escritura sea defectuosa, si no tiene algún importante déficit neurológico o intelectual que lo justifique. Son niños intelectualmente normales que escriben despacio y en forma ilegible, cosa que les retrasa su avance escolar.

Juntamente con nuestro equipo del Hospital Henri-Rousselle, hemos hecho un estudio de los disgráficos en cuanto al desarrollo motor, al espacio lateral, a la organización espacial, a la ortografía y a la adaptación emotivoafectiva. Muchos niños disgráficos presentan deficiencias en la adaptación psicomotora. En estos niños la dificultad en la escritura es parte de trastornos motores de mayor amplitud, lo que significa que además de las dificultades de tipo material pueden presentar signos de debilidad motriz más general. Hemos comprobado que si los niños disgráficos no tienen retraso en la adquisición del concepto derecha-izquierda, es, en cambio, muy deficiente el resultado en el terreno de la organización espacial. Dichos estudios ponen de manifiesto que en el Curso Medio (francés), una de las causas de una escritura deficiente puede ser una mala ortografía. En cuanto al predominio lateral, vemos que el 16% de dichos niños escriben con la mano izquierda y en el 22% prevalece la dominancia lateral izquierda o está mal establecida. La experiencia clínica nos indica que, de existir una alteración en el plano de la personalidad, su importancia no siempre está en proporción con la gravedad del trastorno gráfico. Una gran inhibición por parte de un niño que trabaja con normalidad será menos obstáculo a la reeducación que una inestabilidad doble en proporción, con inaten-

ción y rendimiento siempre variables. La reeducación señala que un niño prepsicótico o psicótico —aun viviendo a su modo cada ejercicio y no queriendo cambiar su postura, reacción siempre frecuente en este tipo de niños— puede hacer progresos en el plano de las formas gráficas porque, aun en contra de lo que parece, tienen en cuenta lo que sobre este particular se les diga. Por el contrario, un niño con una afección de menor gravedad, pero que se opone más o menos abiertamente a toda indicación, no sacará ningún provecho de la reeducación.

En los disgráficos hemos podido señalar 5 síndromes gráficos diferentes:

— Los rígidos (primer grupo): pretenden un control que más que un control eficaz es una tensión; este control se relaja en pruebas que hay que realizar rápidamente. El estudio psicométrico valora las irregularidades de la prueba de punteado (irregulares y mal centrados); las figuras de Bender son torpes y les cuesta mucho hacerlas; los dibujos de Fay están también mal hechos.

— Los niños de grafismo suelto (grupo II) tienen una escritura con pocos errores de tipo motor, pero en conjunto su escritura es irregular, firme. El examen de toda su grafía tiene pocas desviaciones, incluso es relativamente ajustado y poco tónico.

— Los impulsivos (grupo III) se caracterizan por su escritura impulsiva y poco controlada. Quedan difusas sus letras y la organización de la página es muy deficiente. Hay pocas anomalías en la prueba de punteado. Los tests de Bender y los dibujos de Fay señalan una escritura chapucera, desproporcionada y retocada. Tampoco saben deslindar las diversas partes.

— Los inhábiles (grupo IV) escriben torpemente y la copia les plantea sus mayores dificultades. La peor cualidad motriz está en este grupo.

— Los lentos y meticulosos (grupo V), cuya principal característica es el afán de precisión y control. Su escritura es muy afinada, la página está muy bien presentada, la escritura muy regular, tanto en tamaño como en inclinación, pero lenta. Escriben con precisión, minuciosamente y con lentitud.

Junto a estos grupos, que, en cierto modo, representan aspectos tipológicos, incluimos a niños que les es realmente enojoso escribir. Hablemos ahora de los casos en que se da una especie de calambre. Son niños que presentan una intensa crispación en hombros, antebrazos y dedos, fenómenos dolorosos que se repiten constantemente al escribir o cuando tienen que hacerlo rápidamente, viéndose obligados a suspender la escritura. Podemos señalar tres subgrupos a quienes afectan los calambres: el primero corresponde a la forma “paratónica” de H. Callewaert, y los otros dos se inscriben en las formas “hipercinéticas” del mismo autor. Desde el punto de vista tónico, el primer grupo se caracteriza por una hipertonía; la coordinación de movimientos es bastante buena y regular, pero frenada; la marcha es lenta. El segundo grupo se caracteriza por un fondo tónico variable; la coordinación de movimientos es variable, la rapidez en la escritura, normal o lenta, según los niños. La característica del tercer subgrupo es un fondo hipertónico, un constante trastorno de la coordinación de movimientos y una lentitud al escribir.

Los zurdos plantean especiales problemas, desde el punto de vista gráfico propiamente dicho y desde el más general de la elección de la mano e instrumento a emplear. Los yerros en la escritura de los zurdos dependerán de dificultades puramente motrices, de dificultades en relación con una desorientación y desorganización espacial, pero en gran parte dependerá de haberseles enseñado a escribir con la mano izquierda. La escritura en espejo, en que tantos autores insisten, se interpreta de

diverso modo. Hay quienes consideran que no tiene nada que ver con escribir con la izquierda y que no es sino una consecuencia de contrariarles por escribir con la izquierda (G. Bloede). Si bien los zurdos tienen cierta facilidad para escribir en espejo, hemos de decir que en unión de H. de Gobineau y R. Diatkine, hemos demostrado que el poder escribir en espejo es una capacidad muy frecuente en los de uso diestro, cosa que evoluciona al crecer; pero también hemos comprobado que los zurdos logran escribir en espejo perfectamente y con la misma facilidad que un individuo normal escribe con la derecha. En el niño normal la escritura en espejo es muy fácil de corregir, incluso cuando hay alteraciones de la organización espacial, mientras que cuando el retrasado escribe por este procedimiento es muy difícil.

Frente al niño zurdo con yerros en la escritura hemos de proceder teniendo en cuenta hasta qué punto es zurdo, es decir, que en el caso de un niño claramente zurdo e inhábil del lado no dominante, es indispensable respetar su tendencia dominante, ayudándole a aprender a escribir con la izquierda; cuando la tendencia dominante no está perfectamente establecida, la elección dependerá del grado de entrenamiento con la mano que ya se ha elegido y de los problemas afectivos que el ser zurdo le haya planteado, así como de la actitud anterior de quienes le rodean y de las reacciones del niño frente a esa actitud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, J. — *L'enfant et l'adolescent instable*. Paris, Alcan, 1940.
- Abramson, J. y Kopp, H. — L'échelle métrique du développement de la motricité chez l'enfant et chez l'adolescent, par N. Ose-
retsky. *Hygiène mentale*, 1936, 31, 403, 53-75.
- Ajuriaguerra, J. de y otros. — Tonus et types psychomoteurs. *Actes du Premier Congrès intern. d'Anthropologie différentielle*, 1950, fasc. V.
- Ajuriaguerra, J. de y Stambak, M. — L'évolution des syncinésies chez l'enfant. *Presse méd.*, 1955, 39, 817-819.
- Ajuriaguerra, J. de y Bonvalot-Soubiran, G. — Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiat. Enfant.*, 1959, 2, (2), 423-494.
- Ajuriaguerra, J. de, Hécaen, H. y Angelergues, R. — Les apraxies. Variétés cliniques et latéralisation lésionnelle. *Rev. Neurol.*, 1960, 1, 566-595.
- Ajuriaguerra, J. de. — Les bases théoriques des troubles psychomoteurs et la rééducation psychomotrice chez l'enfant. *Méd. et Hyg.*, 1961, 19, 801-804.
- Ajuriaguerra, J. de, Auzias, M., Coumes, I., Denner, A., Lavondes-Monod, V., Perron, R. y Stambak, M. — *L'écriture de l'enfant*, 2 vols., Delachaux et Niestlé, edit., Neuchâtel, 1964.
- Albastro, A. y Sidlanskaite, A. — *Nuove ricerche sui foncioli instabile. Contributi del laboratorio di psicologia*, Milán, Ed. Vita, 1949.
- André-Thomas y Ajuriaguerra, J. de. — L'axe corporel, musculature et innervation. 538 págs. Masson et Cie, edit., Paris, 1948.
- André-Thomas y Ajuriaguerra, J. de. — Études sémiologiques du tonus musculaire, 844 págs. Flammarion, 1949.
- Ascher, E. — Motor syndromes of functional or undetermined origin: tics, cramps, Gilles de la Tourette's disease and others; 148-157. En: *American Handbook of Psychiatry*. Arieti, S., dir., III. Basic Books, Nueva York/Londres, 1966.
- Balthasar, K. — Ueber das anatomische Substrat der generalisierten Tic-Krankheit. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1956, 195, 531-549.
- Beley, A. — *L'enfant instable*, 1 vol. P.U.F., Paris, 1951.
- Benjamin, E. y otros. — *Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters*. Rotapfelverlag, Zurich y Leipzig, 1938.
- Bergeron, M. — *Psychologie du premier âge*. P.U.F., Paris, 1961.

- Berges, J. y Lézine, L. — *Test de imitation de gestes. Técnicas de exploración del esquema corporal y de las praxias en el niño de 3 a 6 años*. 146 págs. 1 vol. Toray Masson, Barcelona, 1975.
- Bergmann, T. — Observation of children reactions to motor restraint. *Nerv. Child.*, 1945, 5/.
- Berkson, G. y Davenport, R. K. — Stereotyped movements of mental defectives. I. Initial Survey. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1962, 66, 849-852.
- Berkson, G. — Stereotyped movements of mental defectives. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1964, 69, 253-264.
- Bing, R. — Ueber lokale Muskelspasmen und Tics, nebst Bemerkungen zur Revision des Begriffes der "Psychogenie". *Schweiz. med. Wschr.*, 1925, 6, 993-1000.
- Birch, H. G. — *Brain damage in children, the biological and social aspects*, 1 vol., 199 págs. Williams and Wilkins, Baltimore, 1964.
- Bize, P. R. — Les tics. *Rev. Méd. française*, 1938, 19, 203-213.
- Bize, P. R. — Habileté et malhabileté manuelle. *Bull. I.N.O.P.*, 1956, 12, 295-300.
- Bonaparte, M. — Des auto-érotismes agressifs par la griffe et par la dent. *Rev. franç. de Psychanalyse*, 1933, 6, 192.
- Bonis-Vincenti, M. de. — Les réactions de prestance (Etude de l'influence du regard d'autrui chez l'enfant de 4 à 6 ans). *Cahiers de Psych. du Sud-Est*, 1962, 5, n.º 2, 51-74.
- Bonnafous-Serieux, M. y Ey, H. — Les "kinésies de jeu" chez les idiots. *Ann. Méd. psychol.*, 1938, 96, 1, 145-157.
- Bourrat, L. y otros. — *L'enfance irrégulière*. P.U.F., 1946.
- Bovet, L. — L'onychophagie. Contribution à l'étude de la pathologie de la personne. *Schweizer Archiv. für Neurologie und Psychiatrie*. 1942, vol. 49, 39-61; vol. 50, 1943, 14-59.
- Bruch, H. y Thum, L. C. — Maladie des tics and maternal psychosis. *J. Nerv. ment. Dis.*, 1968, 146/6, 446-456.
- Burlingham, D. y Freud, A. — *Infants without families*. Londres, Allen & Marvin, edit. Traducción francesa P.U.F., París, 1943.
- Buxbaum, E. — Hair pulling and fetishism. *Psychoanal. study child*, 1960, 15, 243-260.
- Buytendik, F. — *Phénoménologie de la rencontre*. 1 vol., 54 págs. Desclée de Brouwer, edit., París, 1952.
- Callewaert, H. — *Graphologie et physiologie de l'écriture*. Nauwelaerts, Lovaina, 1954.
- Campbell, C. M. — Stereotyped and expressive movements in imbeciles. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1968, 73/2, 187-194.
- Campbell, S. B., Douglas, V. I., y Morgens-tern, G. — Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1971, 12, 55-67.
- Cantwell, D. P. — Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1972, 24, 414-417.
- Claghorn, J., Neblett, C., Sutter, E. Farrell, G. y Kraft, I. — The effect of drugs on hyperactivity in children with some observations of changes in mineral.
- Clauss, J. L. y Balthasar, K. — Zur Kenntnis der generalisierten Tic-Krankheit (maladie des tics, Gilles de la Tourette'sche Krankheit. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1954, 191, 398-413.
- Clements, S. D. — Minimal brain dysfunction in children. *NINBD Monograph n.º 3*, U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1966.
- Collin, A. — *Le développement de l'enfant*. Doin, edit., 1914.
- Connel, P. H., Corbett, J. A., Horne, D. J., y Mathews, A. M. — Drug treatments of adolescent tiqueurs. *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, n.º 497, 375-381.
- Connolly, K. J. — *Mecanisms of motor skill development*. Academic Press, Londres, Nueva York, 1970.
- Corbett, J. A., Mathews, A. M., Connell, P. H., y Shapiro D. A. — Tics and Gilles de la Tourette's syndrome: a followup study and critical review. *Brit. J. Psychiat.*, 1969, 115, 1229-1241.
- Corominas R., y Rallo, J. — Tricotilomania. *Revista clínica española*, 1970, 118, 1, 31-42.
- Cramer, J. B. — Common neuroses of childhood. En *American Handbook of Psychiatry*, S. Arieti, edit., Nueva York: Basic Books, Inc., 1959, 797-815.
- Creak, M. y Guttman, E. — Chorea, tics and compulsive utterances. *J. Ment. Sci.*, 1935, 81, 834-839.
- Cruchet, R. — Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique. *Thèse, Bordeaux*, 1902.
- Debré, R. y Doumic, A. — *Le sommeil de l'enfant*. P.U.F., París, 1959.

- Delgado, R. A. y Mannino, F. V. — Some observations on trichotillomania in children. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 1969, 8, 2, 229-246.
- De Toni. — Citado por M. de Negri y F. Bertamino.
- Dewulf, A. y Bogaert, L. Van. — Études anatomo-cliniques de syndromes hyperkinétiques complexes. III. Une observation anatomo-clinique de maladie des tics (Gilles de la Tourette). *Msch. Psychiat. Neurol.*, 1941, 104, 53-61.
- Diatkine, R., y Frejaville, J. P. — Des amphétamines pour les enfants "Hyperkinétiques"? Danger de toxicomanie ou danger idéologique? *Concours médical*, 1972, 94-4, 497-502.
- Di Cagno, L. y Ravetto, F. — Disturbi praticognostici in bambini con danno cerebrale minimo. Extracto de *Minerva Pediatrica*, 1966, 48 págs.
- Dopchie, N. — Le syndrome hyperkinétique. *Psychiat. Infant*, 1968, 11/2, 589-619.
- Doron, R. — *La conscience gestuelle*. J. Vrin, París, 1971.
- Dublineau, J. — La notion des structures dans les troubles du caractère de l'enfant. *L'évolution psychiatrique*, 1938, 3, 3-41.
- Dupré, E. — *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot, París, 1925.
- Dupré, E. y Merklen, P. — La débilite motrice dans ses rapports avec la débilite mentale. *Rapport au 19º Congrès des Aliénistes et Neurologistes français*. Nantes, 1909.
- Eisenberg, L., Ascher, E. y Kanner, L. — A clinical study of Gilles de la Tourette's disease in children. *Amer. J. Psychiat.*, 1959, 115, 715-722.
- Eisenberg, L. — El tratamiento del niño hiperquinético con retardo mental. *Rev. argent. Psiquiatr. Psicol. Infancia adolescencia*, 1971, 2/1, 98-106.
- Eisenberg, L., y Connors, C. K. — Psychopharmacology in childhood, 397-423. En: *Behavioral science in pediatric medicine*, Talbot, N. B., Kagan, J., y Eisenberg, L., dir.; Saunders, Filadelfia, Londres, Toronto, 1971.
- Ferenczi, S. — Psychoanalytic observations on tics. En: *Further contribution to the theory and technique of psychoanalysis*. Hogarth, 1921.
- Fernando, S. J. M. — Gilles de la Tourette's syndrome. *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, n.º 499, 607-617.
- Fineman, J. A. B., Kunilhom, P., y Sheridan, S. — Spasmus nutans: a syndrome of auto-arousal. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 136-155.
- Frederiks, J. A. M. — Facial tics in children: the therapeutic effect of lowdosage diazepam. *Brit. J. Clin. Pract.*, 1970, 24/1, 17-20.
- Galifret-Granjon, N. — Les praxies chez l'enfant, d'après J. Piaget. *Psychiat. Infant*, 1961, 4/2, 580-591.
- Gesell, A. y otros. — *Gesell developmental schedules*, Nueva York, Psychological Corporation, 1949.
- Gluge, M. — Le test de Rorschach dans un groupe d'enfants dyspraxiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1966, 14, 41-51.
- Gobineau, H. de y Perron, R. — *Génétique de l'écriture et étude de la personnalité*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1954.
- Goldstein, K. y Riese, W. — Ueber induzierte Veränderungen des Tous. *Klin. Wochschr.*, 1923, 26, 1201-1206.
- Graham, P. J. — Pathology in the brain and anti-social disorder. En: *Exceptional infant*, 2 vols.: *Studies in abnormalities*; Hellmuth, J., dir.; Brunner/Mazel, Nueva York; Butterworth, Londres, 1971, 381-389.
- Green, A. H. — Self-mutilation in schizophrenic children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 234-244.
- Greenacre, P. — Infant reactions to restraint: Problems in the fate of infantile aggression. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1944, 14, 204-218.
- Greenberg, H. R. y Samer, C. A. — Trichotillomania. Symptom and syndrome. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, 12, 482-489.
- Grunbaum, A. A. — Aphasie und motorik. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1930, 130, 385-412.
- Guareschi Cazzulo, A., y Marzani Tommazzoli, C. — La sindrome ipercinetica. Contributo casistico alla sua validita nosografica. *Neuropsichiatria infantile*, 1971, 118, 3-21.
- Gubbay, S. S. Ellis, E., Walton, J. N. y Court, S. D. M. — Clumsy children. A study of apraxic and agnosic defects in 21 children. *Brain*, 1965, 88, 295-312.
- Guggenheim, P. y Haynal, A. — Ueber elektroenzephalographische Untersuchungen bei der Maladie Gilles de la Tourette. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 1964, 94, 264-278.
- Guilmain, E. — *Tests moteurs et tests psychomoteurs*. Foyer Central d'Hygiène, París, 1948.

- Guilman, G. — Contribution à l'étude de l'adresse chez l'enfant. Thèse, Paris, 1954.
- Gurewitsch, M. y Ozeretski, N. — Die Konstitutionellen Variationen der Psychomotorik und ihre Beziehungen zum Körperbau und zum Charakter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1931, 91, 286.
- Hallopeau, X. — Alopecia par grattage (trichomania ou trichotillomania). *Am. Derm. Syph.*, 1889, 10, 440.
- Hasaerts-van Geertruyden, E. — Apraxie faciale sur troubles moteurs buccofaciaux congénitaux. *Encéphale*, 1964, 53, 661-669.
- Hassler, R., y Dieckmann, G. — Traitement stéréotaxique des tics et cris inarticulés ou coprolaliques considérés comme phénomène d'obsession motrice au cours de la maladie de Gilles de la Tourette. *Rev. Neurol.*, 1970, 123/2, 89-100.
- Heath, S. R. Jr. — The relations of railwaking and other motor performances of mental defectives to mental age and etiological types. *Train. Schl. Bull.*, 1953, 50, 110-127.
- Hécaen, H. y Ajuriaguerra, J. de. — Méconnaisances et hallucinations corporelles. Masson et C^{ie}, Paris, 1952.
- Hécaen, H. y Ajuriaguerra, J. de. — *Les gauchers. Prévalence manuelle et dominance cérébrale*. P.U.F., Paris, 1963, 172 pgs.
- Hermelin, B., y O'Connor, N. — The responses and self-generated behavior of severely disturbed children and severely subnormal controls. *Brit. J. soc. clin. Psychol.*, 1963, 2, 37-43.
- Hess, W. R. — *The functional organization of the diencephalon*. Grune and Stratton, Nueva York, 1957.
- Heuscher, J. E. — Intermediate states of consciousness in patients with generalized tics. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1953, 117, 29-38.
- Heuyer, G. — *Introduction à la psychiatrie infantile*. P.U.F., Paris, 1952.
- Heuyer, G. y Lebovici, S. — L'instabilité conditionnée. *Arch. fr. Pédiat.*, enero 1951, 8, 548-549.
- Homburger, A. — *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*, Springer, Berlin, 1926.
- Jolivet, B. y Moor, L. — Indications de la rééducation psychomotrice des débiles en vue d'une réinsertion sociale. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1957, 5, n.º 5-6, 279-283.
- Jones, H. G. — Continuation of Yates' treatment of a tiqueur. En H. J. Eysenck, ed. *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon, Londres, 1960.
- Jouannaud, B., Bregeon, F., Tardieu, C., y Tardieu, G. — Evolution des praxies linguales d'imitation chez l'enfant normal. Application à leur évaluation dans les troubles du langage de l'infirme moteur cérébral. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 8-9, 673-680.
- Kanner, L. — *Child Psychiatry*. Springfield, Ill. Thomas, 1960.
- Kauders, L. — Zur Klinik und Analyse der Psycho-Motorischen Störung.
- Kaufman, M. E. — The effects of institutionalization on development of stereotyped and social behaviours in mental defectives. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1967, 71, 581-585.
- Kelman, D. H. — Gilles de la Tourette's disease in children: a review of the literature. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1965, 6, 219-226.
- Kiener, S. — Instabilité psychomotrice constitutionnelle, réaction du milieu, conséquences psychologiques pour l'enfant. *Alger, thèse dactylogr.*, 1954.
- Klein, M. — A contribution to the psychogenesis of tics in Contribution to psychoanalysis, Hogarth, 1948.
- Knobel, M., Wolman, M. B. y Mason, E. — Hyperkinesis and organicity in children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1959, 1, 310-321.
- Kopp, H. — The relationship of stuttering to motor disturbances. *Nerv. Child.*, 1943, 2/2, 107-116.
- Koupernik, C. y Dailly, R. — *Développement neuropsychique du nourrisson*. P.U.F., Paris, 1968.
- Kravitz, H., Rosenthal, V., Teplitz, Z., Murphy, J. y Lesser, R. — A study of head banging in infants and children. *Dis. Nerv. System*, 1960, 21, 203.
- Kulka, A., Fry, C. y Goldstein, F. — Kinesthetic needs in infancy. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1960, 30, 562-571.
- Kupietz, S., Bialer, I., y Winsberg, B. G. — A behavior rating scale for the assessing improvement in behaviorally deviant children: a preliminary investigation. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128/11, 1432-1436.
- Lang, J. L. — Les tics chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1955, 3, 553-560.
- Langlois, M. — Révision nosologique et clinique de la maladie de Gilles de la Tourette, évoquée par l'action de certains neuroleptiques sur son évolution. *Rev. neurol.*, 1965, 113, 6, 641-645.
- Lebovici, S. — *Les tics chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1952.
- Lefevre, A. B. — *Exame neurologico evolutivo*. Sarvier, São Paulo, 1972.

- Levy, D. M. — On the problem of movement. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1944, 14, 644-671.
- Levy, S. — The hyperkinetic child, a forgotten entity. The diagnosis and treatment. *Intern. J. Neuropsychiat.*, 1966, 2, n.º 4, 330-336.
- Lezine, I. y Stambak, M. — Quelques problèmes d'adaptation du jeune enfant en fonction de son type moteur et du régime éducatif. *Enfance*, 1959, 12, 95-115.
- Lezine, I. — *El desarrollo psicomotor del niño*. Editorial Grijalbo, S. A., México, 1971.
- Lissovoy, V. de. — Head banging in early childhood. *Child Development*, 1962, 33, 43.
- Lourie, R. S. — The role of rhythmic patterns in childhood. *Am. J. Psychiat.*, 1949, 105, 653-660.
- Lucas, A. R. — Gilles de la Tourette's disease in children: treatment with phenothiazine drugs. *Amer. J. Psychiat.*, 1964, 121, 606-608.
- MacDonald, I. J. — A case of Gilles de la Tourette syndrome with some aetiological observations. *Brit. J. Psychiat.*, 1963, 109, 206-220.
- Mc Graw, M. B. — *The neuro-muscular maturation of the human infant*. Columbian Univ. Press, Nueva York, 1943.
- Mahler, M. — A psychoanalytic evaluation of tics in psychopathology of children: symptomatic and Tic syndrome. *Psychoanal. Study Child.*, 1949, 3/4, 279-310.
- Mahler, M. S. y Daltroff, W. — Clinical and follow up study of the tic syndrome in children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1945, 15, 631-647.
- Mahler, M. S. y Rangell, L. — A psychosomatic study of maladie des tics (Gilles de la Tourette's disease). *Psychiat. Quart.*, 1943, 17, 579-603.
- Mahler, M. S. y Luke, J. A. — Outcome of the tic syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1946, 103, 433-445.
- Marconi, G. P., Fossi, G., y Ghiarugi, C. F. — Considerazioni su due casi di malattia di Gilles de la Tourette. *Neuropsychiat.*, 1968, 24 819-825.
- Meige, H. y Feindel, E. — *Les tics et leurs traitements*. 1 vol., 630 pgs. Masson et C^{ie}, edit. Paris, 1902.
- Mendelson, W. — Hyperactive children as teenagers: a follow-up study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1971, 153, 273-279.
- Merklen, P. — La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge. *Congrès des Méd. Alién. et Neurol. de Langue française*, Nantes, 1909, 405-424.
- Mesnikoff, A. M. — Three cases of Gilles de la Tourette's syndrome treated with psychotherapy and chlorpromazine. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1959, 81, 710.
- Moldofsky, H. — A psychophysiological study of multiple tics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1971, 25, 79-87.
- Monroe, J. T. y Abse, D. W. — Psychopathology of trichotillomania and trichophagy. *Psychiatry*, 1963, 26, 95-103.
- Nágera, H. — Autoerotism, autoerotic activities and ego development. *Psychoanal. Study Child*, 1964, 19, 240-255.
- Naudascher. — Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales. Thèse, 1908.
- Negri, M. de. — La disfuncioni prattognosiche nell'eta evolutiva. *Quaderni di infanzia anormale*, 10, 91 pgs.
- Negri, M. de y Bertamino, F. — La catalessia spontanea nell'infanzia. *Rivista Pat. Nerv. e Ment.*, 1960, 81, 717-728.
- Néron, G. — *L'enfant vagabond*. P.U.F., Paris, 1952.
- Olivennes, M. — Maladie des tics. *Ann. Pédiat.*, 1970, 17/12, 911-914.
- Orton, S. T. — *Reading, writing and speech problems, in children*. Nueva York, Norton, 1937.
- Ozeretski, N. — Échelle métrique du développement de la motricité chez l'enfant et l'adolescent. *Hygiène mentale*, 1936, 53-75.
- Piaget, J., Inhelder, B. y Szeminska, A. — *La géométrie spontanée de l'enfant*. P.U.F., Paris, 1948.
- Piaget, J. y Inhelder, B. — *La représentation de l'espace chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1948.
- Piaget, J. — Les praxies chez l'enfant. *Revue neurol.*, 1960, 102, 551-565.
- Prechtl, H. F. R. — The mother-child interaction in babies with minimal brain damage (a follow up study). En: Foss, B. M. (edit.): *Determinant of Infant behaviour*, vol. II, 53-66. Methuen, Londres, 1961.
- Prechtl, H. F. R., Beintema, D. J. — *The neurological examination of the full-term newborn infant*. Spastic Society with Heine-mann, Londres, 1964.

- Rey, A. — *Études des insuffisances psychologiques*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1947.
- Ribble, M. A. — *The rights of infants*. Columbia Univers. Press, Nueva York, 1943.
- Roedenbeck, S. D. — Tres casos de catatonía en la infancia. *Revista Neuro Psiquiátrica*, 1953, 16, 93-118.
- Rouart, J. — Psychopathologie des tics. *Evolution psychiatrique*, 1947, 1, 267-298.
- Rutter, M. — Lésion cérébrale organique, hyperkinésie et retard mental. *Psychiat. Infant.*, 1968, 11/2, 475-492.
- Salzarulo, P., y Traina, A. — L'instabilité infantile, revista critica e prospettive di ricerca. *Neuropsichiat. infant.*, 1969, 104, 885-890.
- Satterfield, J. H., Cantwell, D. P., Lesser, L. I., y Podosin, R. L. — Physiological studies of the hyperkinetic child. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128, 11, 1418-1424.
- Savagnone, E. — Considerazioni etiopatogenetiche sulla sindrome di Gilles de la Tourette. *Neuropsichiat. infant.*, 1970, 108, 194-218.
- Schachter, M. — Étude sur les rythmies du jour ou du sommeil chez l'enfant (*spasmus mutans*, tic de salaam, jactatio capitis nocturna). *L'Encéphale*, 1954, 43, 173-191.
- Schachter, M. — Étude des rythmies du sommeil chez l'enfant. *Étude de neuro-psychopathologie infantile*, 1955, 6, 1-15.
- Schachter, M. — Étude des rythmies de la veille chez l'enfant. *Étude de neuro-psychopathologie infantile*, 1957, 7, 1-27.
- Schachter, M. — Étude clinico-psychologique de la trichotillomanie infanto-juvénile. *Med. et Hyg.*, 1970, 934, 1525-1530.
- Schachter, M. — Contribution à l'étude d'une dyspraxie palpébrale observée chez certains enfants encéphalopathes ou arriérés mongoliens. *Med. et Hyg.*, 1972, 1000, 318-319.
- Seignot, J. N. — Un cas de maladie des tics de Gilles de la Tourette guéri par le R. 1625. *Ann. Méd. psychol.*, 1961, 119, 578-579.
- Shentoub, S. A. y Soullairac, A. — L'enfant automutilateur (Les conduites automutilatrices dans l'ensemble du comportement psychomoteur normal). *Psychiatr. Infant.*, 1961, 3, 1, 111-146.
- Sichel, J. P. y Durand de Bousingen, R. — Le traitement des tics chez l'enfant par le training autogène. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15/12, 931-937.
- Silberstein, R. M., Blackman, S. y Mandell, W. — Autoerotic head banging. *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, 1966, 5, n.º 2, 235-242.
- Small, A., Hibi, S., y Feinberg, I. — Effects of dextroamphetamine sulfate on E.E.G. sleep patterns of hyperactive children. *Arch. gen. Psychiat.*, 1971, 25, 369-380.
- Stambak, M. — Tonus et psychomotricité dans la première enfance, 133 págs. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1963.
- Stambak, M. — La motricité chez les débiles mentaux. *Psychiat. Infant.*, 1968, 11/2, 371-468.
- Stambak, M., Monod, V. y Ajuriaguerra, J. de. — L'efficacité motrice et l'organisation spatiale chez les gauchers. *Psychiat. Infant.*, 1960, 3, 69-110.
- Stambak, M., L'Héritiaux, D., Auzias, M., Bergès, J. y Ajuriaguerra, J. de. — Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1964, 7, 381-496.
- Stambak, M. y Jaksic, S. — Epreuves de Niveau et de style moteur. En: Zazzo, R.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, 2.ª edic. Neuchâtel, 1965.
- Stambak, M., Pecheux, M. G., Harrison, A. y Bergès, J. — Méthodes d'approche pour l'étude de la motricité chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 155-167.
- Steinberg, G. G., Troshinsky, C., y Steinberg, H. R. — Dextroamphetamine responsive behavior disorder in school children. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 174-179.
- Stewart, M. A., Pitts, F. N., Graig, A. G. y Dieruf, W. — The hyperactive child syndrome. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1966, 36, 861-867.
- Stockman, F. — Trichotillomanie, a study in child psychiatry. *Prax. Kinderpsychol.*, 1962, 11, 281-290.
- Strauss, A. A., y Kephart, N. C. — *Psychopathology and education of the brain injured child*. 1 vol., 266 págs. Nueva York. Grune and Stratton, 1956.
- Strauss, A. A. y Lehtinen, C. E. — *Psychopathology and education of the brain injured child*. Grune and Stratton, Nueva York, 1947.
- Tabary, J. C., Tardieu, G. y Tardieu, C. — Conceptions du développement de l'organisation motrice chez l'enfant. Applications à l'interprétation de l'infirmité motrice cérébrale et de sa rééducation. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1966, 14, n.º 10-11, 743-764.

- Talbot, N. B., Kagan, J., Eisenberg, L., eds. — *Behavioral science in pediatric medicine*. W. B. Saunders, Philadelphia, Londres, Toronto, 1971.
- Tardieu, G., y Tardieu, C. — De quelques facteurs à évaluer dans les troubles du langage de l'enfant infirme moteur cérébral. Gnosies auditives, faciales et linguales. Praxies linguales. *Rev. Neurol.* 1971, 124, 4, 313-319.
- Torup, E. — A follow up study of children with tics. *Acta paediatrica* (Upsala), 1962, 51, 261-268.
- Tourette, G. de la. — Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch. Neurol.*, 1885, 9, 158-200.
- Touwen, B. C. L., y Prechtl, H. F. R. — *The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction*. Clinics in Developmental Medicine No 38. Spastic Society with W. Heinemann Books Ltd., Londres, 1970.
- Vereecken, P. — *Spatial development*. J. B. Wolters, Groningen, 1961.
- Vinh Bang. — *Evolution de l'écriture de l'enfant à l'adulte*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1959.
- Wallon, H. — *L'enfant turbulent*. Alcan, Paris, 1925.
- Wallon, H. — La maladresse. *J. Psychol. norm. path.*, 1928, 25, 61-78.
- Wallon, H. — Les insuffisances sous-corticales. Formation de la personne: en "La vie mentale". *Encyclopédie française*, 1938, 8, 18-7/18-10.
- Wallon, H. — *Les origines du caractère*. P.U.F., Paris, 1949.
- Wallon, H. — Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 1956, 9, 1-4.
- Wallon, H. y Denjean, G. — Sur quelques signes d'apraxie chez des enfants "inadaptés". *Ann. Méd. psychol.*, 1958, 116, 2, 1-14.
- Wallon, H. — L'habilité manuelle. *Enfance*, 1963, 16, 111-120.
- Walton, D. — Experimental psychology and the treatment of a tiqueur. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1961, 2, 148-155.
- Wender, P. H. — *Minimal brain dysfunction in children*. Wiley Series on psychological disorders, Weiner I. B., dir.; Wiley-Interscience, Nueva York, Londres, 1971.
- Wender, P. H. — The minimal brain dysfunction syndrome in children. I. The syndrome and its relevance for psychiatry. II. A psychological and biochemical model for the syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1972, 155/1, 55-71.
- Werner, H. y Strauss, A. A. — Impairment in thought processes of brain-injured children. *Am. J. Ment. Deficiency*, 1943, 47, 291-295.
- Winsberg, B. G., Bialer, I., Kupietz, S., y Tobias, J. — Effects of imipramine and dextroamphetamine on behavior of neuropsychiatrically impaired children. *Amer. J. Psychiat.* 1972, 128, 11, 1425-1431.
- Yates, A. J. — The applications of learning theory of the treatment of tics. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1958, 56, 175-182.

CAPÍTULO IX

LA ORGANIZACIÓN DEL CONTROL DE ESFÍNTERES Y SUS TRASTORNOS

I. — EL CONTROL ESFINTERIANO

Inicialmente, el control esfinteriano depende de un sistema anatomofisiológico, sistema que únicamente tras un período de maduración podrá funcionar y cuya utilización dependerá de normas culturales. Por otra parte, debido al carácter erótico propio de las zonas de orificios, su funcionamiento estará en estrecha relación con la evolución funcional de la libido.

A. — BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS DE LA MECÁNICA ESFINTERIANA

1.º *La micción*

La evacuación y retención de la orina están aseguradas por cuatro sistemas: dos sistemas de contención y otros dos de expulsión.

— El primer sistema de contención garantiza el cierre permanente y estático de la vejiga mediante el esfínter interno liso, independiente de la voluntad. Su inervación consiste en el nervio hipogástrico y los nervios erectores.

— El segundo sistema de contención será un refuerzo del primero por contracciones voluntarias. Es el esfínter externo estriado. Está inervado por el nervio pudendo.

— El primer sistema de expulsión comporta un músculo liso (el detrusor *urinae*), cuya acción no depende de la voluntad y que hace contraerse a la vejiga intermitentemente. Está inervado por nervios sensitivos y motores.

— El segundo sistema de expulsión pone en juego todos los músculos abdominales que pueden contraerse voluntariamente provocando la contracción de la vejiga y demás vísceras.

La micción puede ser automática o voluntaria. La automática depende de un centro medular enclavado en la zona sacrolumbar y que está unido a la vejiga por nervios motores y sensitivos; cuando la presión intravesical sobrepasa ciertos límites provoca la estimulación del centro medular, que a su vez hace contraerse el detrusor y relaja el esfínter liso. Hay otros centros relacionados con la micción en las regiones hipotálamicas (W. R. Hess), rincefálica (B. R. Kadda), cortical y del lóbulo paracentral.

La micción voluntaria depende de la maduración del sistema nervioso en general. No cabe considerarla únicamente desde un punto de vista motor y sensitivo, sino en forma de arco sensitivo-motor con sus mecanismos de control.

2.º La defecación

El recto posee a su vez dos esfínteres: el interno, de fibras lisas, innervado por el plexo hipogástrico, y el externo, de fibras estriadas, innervado por el nervio hemorroidal. Cuando una onda peristáltica evacua las materias del colon pélvico al recto, la distensión de la pared rectal produce la sensación de necesidad. El control del esfínter anal queda asegurado por unos centros radicados en la región sacrolumbar, por centros hipotalámicos, rincefálicos y corticales.

B. — DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN NERVIOSA DEL CONTROL ESFINTERIANO Y CONDICIONAMIENTO

I. — ETAPAS

En el recién nacido la distensión da paso a la expulsión. Los esfínteres estriados funcionarán tras el "adiestramiento" que, inicialmente, permitirá la retención diurna y seguidamente también la nocturna. S. R. Muellner distingue cuatro etapas en la "maduración":

- Conciencia de repleción.
- Posibilidad de retener.
- Posibilidad de orinar cuando esté llena la vejiga.
- Posibilidad de orinar aun no estando llena.

El control del esfínter no es algo innato; en sí, no es suficiente la existencia de un sistema anatomofisiológico propio. Es el resultado de la maduración del sistema y del condicionamiento impuesto por la sociedad. Sobre este particular, M. B. McGraw subraya la estrecha asociación entre madurez nerviosa y logro del control del esfínter infantil.

Cabe preguntarse si se tratará de la maduración nerviosa propiamente dicha o más bien de cierto grado de madurez indispensable para posibilitar el condicionamiento. T. W. Higgins y cols., aceptan que entre los 10 y los 12 meses el sistema nervioso es capaz de asociaciones simples; el sentarse en el orinal se asocia a la micción, pero posteriormente, al adquirir nuevos conocimientos, tales asociaciones elementales quedarán encubiertas, de forma que hacia los 20 meses el niño manifestará por señas sus deseos de control, que volverán a debilitarse con la adquisición del lenguaje.

Para algunos autores el problema de la micción va estrechamente ligado a la maduración del sistema vesical.

Con el fin de verificar dicha hipótesis, G. Lauret ha medido la capacidad de contracción de la vejiga cistométricamente. Ha aplicado el método de D. F. E. Nash, que consiste en introducir lentamente agua en la vejiga mediante una sonda unida a un manómetro de agua, para estudiar:

- la presión determinante de una imperiosa micción;
- la correspondiente capacidad vesical;
- los sístoles vesicales al llenarse,
- y su carácter consciente o no.

Podemos establecer una curva de la acción vesical infantil que tenga en cuenta el volumen en abscisas y las presiones en ordenadas.

Las conclusiones a que ha llegado son las siguientes:

— hasta un año, la curva se caracteriza por una rápida elevación de la tensión que irremisiblemente arrastra a la imperiosa micción. Es la curva de automatismo infantil (tipo A1);

— de 1 a 2 años, la tensión sigue siendo elevada. La capacidad es algo menos reducida; hay contracciones subconscientes apenas inhibidas (tipo A2);

— de los 2 a los 3 años, el aumento de la presión es más lento y progresivo. Se perciben mejor las sístoles vesicales y están completamente inhibidas (tipo B1);

— a partir de los 3 años, la curva se asemeja a la del adulto; se va elevando progresivamente, las contracciones están completamente inhibidas y ya no aparecen en la gráfica (tipo B2).

Conviene advertir que, durante el sueño, en el niño hay normalmente ondas hipertensivas vesicales, que son: o secundarias por un movimiento total del cuerpo (cosa manifiesta por el actograma), por una contracción abdominal aislada (controlada por el E. M. G. de los músculos abdominales), por una fuerte inspiración (cosa manifiesta mediante el neumograma), o primitivas y resultantes de una espontánea contracción de la vejiga (H. Gastaut).

El control del esfínter anal normalmente es anterior al del esfínter vesical. Queda antes consolidado y con mayor firmeza.

Según E. J. Anthony, hay varias fases en el aprendizaje del control intestinal. En la primera, el lograr que se ponga en el orinal es un éxito que hay que atribuir a un proceso de condicionamiento. Al iniciarse el control voluntario, simultáneo al desarrollo cortical, el niño sabe evacuar en un recipiente especial, y posteriormente generalizar la evacuación en cualquier lugar idóneo. Antes de llegar a pedir con toda responsabilidad el orinal, pasa por una etapa de indecisión, tras la que organiza con regularidad el control. Entre las diversas fases hay episodios de transitoria regresión. El control esfinteriano tiene lugar a partir de cierto grado de maduración del sistema nervioso, sobre la base de un aprendizaje que, como dice M. Huschka, pretende inducir al niño a "renunciar a su costumbre infantil de defecar —u orinar— donde y cuando le place, pasando a eliminar en un momento y lugar concretos". Si bien para algunos su nuevo comportamiento puede modificarse por la actuación de diversos tipos de condicionamiento, para otros se organiza precisamente en el marco de la relación afectiva del niño y su ambiente.

II. — CONTROL ESFINTERIANO Y CONTEXTO SOCIAL

Control esfinteriano y contexto social no pueden ir disociados. Como subraya G. Bally, casi todos los animales excretan al azar, pero en algunos —como el caso del perro— las excreciones, especialmente la micción, están al servicio de un ritual de saludos o sirven para delimitar el territorio que les es propio. En ambos casos equivale a un sistema de relación con sus congéneres. Podemos afirmar que la micción del perro posee una función social además de fisiológica. Este autor considera que no pueden enseñarse facultades si no están al servicio del contacto social.

Según sea la sociedad, en el hombre variará su actitud respecto al control del esfínter. En un estudio de la población de la isla de Alor, C. Dubois dice que las madres pronto se desinteresan de este problema. No hacen el menor esfuerzo por enseñar a sus hijos a andar, hablar y controlar su esfínter. Normalmente, a los 3 años

ya no se ensucian; tampoco tienden a jugar con sus excrementos y, por otra parte, el estreñimiento es algo totalmente desconocido.

Entre los indios navajos las reglas de la limpieza se van imponiendo poco a poco. La madre espera a que el niño sepa hablar para explicarle y educarle, de manera que no tiene la impresión de estar sometido a una voluntad ajena. La disciplina del esfínter parece ser más bien una protección que una coacción.

En las tribus manus, de la isla del Almirantazgo, se pretende imponer al niño un control precoz, haciendo hincapié en todas las funciones eliminatorias consideradas vergonzosas, y otro tanto volverá a suceder posteriormente con la función sexual. La madre tanala, dice Kardiner, comienza a educar a su hijo a partir de los 2 o 3 meses. Entre los comanches, los padres no castigan, pero hacen uso de una serie de amenazas sin efecto alguno, así como de aprobaciones con fórmulas ya establecidas.

J. W. M. Whiting e I. L. Child (1953) han estudiado 75 tipos de sociedades distintas. Entre sus diversas formas de educación existen factores comunes, aun cuando no puedan determinarse unas constantes en cuanto a formas de castigo e indulgencia se refiere. Los métodos de aprendizaje no parecen desarrollarse a partir de actitudes culturales, sino de antecedentes específicos de cada sistema de conducta. Al comentar dicho estudio, E. J. Anthony (1957) agrupa los diversos datos en tres tipos de sociedades, según sea el interés que ponga la madre en enseñar: fuerte, moderado o ligero. Las madres norteamericanas e inglesas son severas, siendo su cultura "anal". En un medio cultural anglosajón, el hacer escasa presión para el aprendizaje se considera como algo patológico; los padres que se muestran "liberales" con sus hijos se encuentran ansiosos al no estar de acuerdo con el ambiente circundante, formado por padres que en general confían plenamente en la coerción.

En una cultura primitiva negligente, el niño pasa de la "práctica excretoria indulgente y libre" a una práctica culturalmente aceptable por etapas; el aprendizaje es tan fácil que no se convierte en un problema consistente.

Sigue siendo un problema el porqué unas determinadas formas de aprendizaje producen en una cultura determinada grandes perturbaciones, cuando en otra no parece haber la menor dificultad.

Según E. J. Anthony (1957), parece no haber gran continuidad en la enseñanza de la limpieza entre las diversas generaciones, por poderosa que parezca la influencia de las abuelas en las madres en ciertos casos concretos. Basándose en un severísimo criterio de aprendizaje, W. Davis (1946) comprueba que a un 68% de niños se les enseña a ser limpios ("potting") antes de los 6 meses, mientras que 10 años después, E. K. Klatskin señala que sólo es a un 6%. No obstante la general tendencia existente hacia un menor rigor en todos los sectores educacionales, clínicamente comprobamos la existencia de numerosos padres rigoristas que consultan al médico por sus hijos perturbados.

Según una encuesta realizada por M. Th. Nourissier (1952), en Francia, el 38% de las madres empiezan a enseñarles antes de los 5 meses, el 41% entre los 6 y los 9 meses, y el 18% entre los 10 y los 18 meses.

¿Cuáles son las etapas del control de esfínter en el niño? Como hemos visto, dependen de factores madurativos, sociales y afectivos. En su *Baby-test*, A. Gesell fijará sus normas:

— Desde los 15 meses se regula progresivamente la micción diurna, hasta los 24 meses, en que el niño durante el día ya no se ensucia, mientras que el control nocturno de materias se adquiere a los 18 meses.

— Entre los 24 y 36 meses aprenderá la limpieza nocturna, con tal de que durante la noche se le levante de la cama una vez.

— Pasados los 36 meses, el niño tiene ya autonomía en cuanto a la micción se refiere.

De los 639 casos estudiados por M. Th. Nourissier en Francia, 56% eran ya limpios antes de los 2 años, 17% entre los 2 y los 3 años, 16% pasados ya los 3, y el 10% ni habían cumplido aún los 3 años ni habían aprendido a ser limpios. Este autor ha estudiado igualmente la edad de la limpieza en función de las condiciones sociales.

En un estudio, K. E. Roberts y J. A. Schoellkopf (1951) insisten en que la edad en que se logra el control urinario depende del grado de participación de la madre en el aprendizaje, haciendo levantar al niño durante la noche y haciéndole ver esa necesidad durante el día. En el grupo de niños de 2 años y medio pertenecientes a la clase media, el 56% no se ensucian por la noche, y el porcentaje es el mismo durante el día; el 40% se ensucian más de dos veces al mes; el 40% se levantan automáticamente por la noche o llaman a su madre. Observaron también diferencias según el sexo. Las madres estiman que las niñas lo hacen con menor frecuencia que los varones y que asumen con más frecuencia por sí solas la responsabilidad de la micción. Con los chicos hace falta que la madre les haga orinar con mayor frecuencia, en una proporción cuatro veces mayor. Los autores coinciden en señalar que estas diferencias no guardan relación directa con la función urinaria.

III. — FUNCIÓN DE LOS ESFÍNTERES EN EL MARCO DE LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

La formación del control del esfínter y sus posteriores consecuencias no son separables del problema de la tolerancia infantil al imponer el aprendizaje y al de sus satisfacciones en la actividad del esfínter. La organización del control del esfínter cae dentro del marco general del comportamiento.

Como indica E. J. Anthony, el niño, con relación a sus excreciones, tiene ideas particulares de cómo actúan sus funciones corporales, especialmente las intestinales, tiene un concepto animista de sus excreciones (positivo, negativo o neutro). La transformación del placer por las materias fecales en subsiguientes reacciones de antipatía o en reacción "normal" de disgusto le influirá durante el resto de su vida. Tales factores podrán tener una función en la regulación del esfínter.

Después de S. Freud, los psicoanalistas han insistido en el placer que puede ocasionar la expulsión y, posteriormente, las fases de expulsión-retención. La expulsión se caracteriza por una excitación de la mucosa y una disminución de la tensión, disminución que puede parecer una liberación de la tensión. La retención puede ser una experiencia que posteriormente da paso a una más agradable expulsión. Dicha retención puede, por otra parte, originar maniobras de limpieza por parte de quienes le rodean, por ejemplo, y que excitan la región anal.

Aparte de expulsar los excrementos, el mecanismo de expulsión-retención se convierte en un mecanismo de interrelación, de comunicación, rechazo o donación. Salvo el autoerotismo que lleva implícito, contribuye a la afirmación de la naciente personalidad. El niño hace uso de su esfínter para su propio placer y dispone más o menos de su cuerpo con vistas a ese placer. Posteriormente, frente a la impaciencia de los demás, procederá a expulsar, como donación a la madre o como desafío y no aceptación de un control. Los psicoanalistas sostienen que frente a las reacciones del adulto, para el niño el producto a expulsar es algo precioso y utiliza sus excrementos como regalo para mostrar su afecto o como hostilidad hacia sus padres.

Se ha hablado del aspecto sádico del estadio anal, relacionado con el hecho de que las materias son objetos destruidos por la eliminación. El carácter anal puede considerarse tanto como destrucción y como incorporación. La expulsión puede considerarse igualmente en forma de rechazo, como una forma de agresión a los demás.

No olvidemos que durante un largo período el niño vive envuelto en sus pañales, siempre húmedo y sucio por sus excreciones. Si está limpio y seco, esto se debe a los cuidados maternos. Por ello, los cuidados maternos entran en el esquema de manipulaciones en general y contribuyen a satisfacer una especie de erotización cutánea. Y hay que tener en cuenta igualmente que lo que con mayor frecuencia hay que lavar son las zonas anogenitales.

Autores como C. Thompson y H. S. Sullivan minimizan el factor "placer", frente al factor "compromiso" con los padres. Para H. S. Sullivan, las funciones anales van unidas a los móviles de poder y necesidad de seguridad. Al igual que en los primeros momentos, los lloriqueos son el poderoso medio de llamar la atención, el estreñimiento es otro medio de que se vale para llamar la atención de los demás.

Como señala E. Erikson, el problema de la educación del intestino no se reduce a averiguar hasta qué punto el niño busca únicamente la satisfacción anal. Lo que tanto al niño como a la madre les interesa antes que nada es saber quién decide en cuanto a dicha parte del cuerpo. En este estadio, para el niño el problema se reduce a lo siguiente: ¿cómo aprender a controlarse sin tener la impresión de ser forzado por los demás? La madre, por su parte, puede mostrar al niño las exigencias externas del medio, de forma que pueda hacerlas suyas y aceptarlas libremente, como si fueran propias.

En función de lo que acabamos de decir, cabe esperar que sobre la personalidad actúen determinadas formas de control.

Sobre este particular, hasta el momento actual hay pocos estudios aceptables. M. Huschka ha estudiado el influjo de la educación del esfínter con 213 niños-problema en un hospital de Nueva York. Los divide en dos grupos: uno, de niños que recibieron una educación coercitiva —aprendizaje iniciado antes de los 8 meses o terminado antes de los 18—, y otro, con los niños que tuvieron una educación del esfínter apropiado (aprendizaje iniciado pasados los ocho meses y concluido después de los 18). En el primer grupo son más frecuentes el estreñimiento, la angustia y las rabietas. Las conclusiones de Th. Nourissier confirman las de M. Huschka. A. M. Th. Nourissier le llama la atención la importancia o frecuencia de ciertos trastornos en un grupo de niños que habían adquirido el hábito de la limpieza antes de los 15 meses. Este grupo, que representa el 9% de los niños estudiados, daba el índice de un 34% de estreñimiento, un 19% con terrores nocturnos, un 13% con hábitos obsesivos y un 32% con anorexias.

Los psicoanalistas señalan rasgos caracteriales relacionados con la organización de las zonas erógenas. S. Freud —y posteriormente K. Abraham— describen la expresión del carácter anal en la persona adulta. Los rasgos más sobresalientes de los individuos de carácter anal serían: economía con necesidad de ahorro, el afán de atesorar y el coleccionismo. La economía sería una prolongación de la costumbre anal de retener, unas veces por temor a la pérdida y otras por puro placer erógeno. La necesidad de orden sería una elaboración de la obediencia y de la puntualidad, la necesidad de limpieza y pureza, la obstinación y la cabezonería serían forma pasiva de agresividad desarrollada al imposibilitarse la acción.

Ciertos hechos tienen una base antropológica, clínica y experimental. Se ha observado la frecuente sodomía en muchachos de las tribus manus, de las islas del Almi-

rantazgo, en donde la educación y el control del esfínter son muy tempranos, y para quienes la sexualidad tiene carácter vergonzante. En los japoneses que hacen un aprendizaje anal precoz se han observado rasgos caracteriales de tendencia obsesiva con numerosos rituales —ansia de perfección, excesiva necesidad de limpieza, gran valor de la propiedad y deseo de acumular bienes—. Pero, por otra parte, también se señala que los urocks, que tienen las características especialmente anales de compulsión, retención y recelo, durante sus primeros años no tuvieron un excesivo control del aprendizaje del esfínter. Los estudios experimentales de G. V. Hamilton y de P. S. Sears revelan —en opinión del primero— una proporción algo mayor de avaricia, sadismo y masoquismo en un grupo de personas que recuerdan haber practicado formas infantiles de erotismo anal que en otros que no tenían los mismos recuerdos. Para el segundo, existe una ligera pero clara correlación de rasgos de avaricia y cabezonería con necesidad de orden.

II. — ALTERACIONES DEL CONTROL ESFINTERIANO

A. — ENURESIS INFANTIL

I. — ESTUDIO CLÍNICO

Recibe el nombre de "enuresis" la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, aparentemente involuntaria, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez fisiológica, tradicionalmente considerada a la edad de 3 años.

La enuresis puede ser primaria (y su nota predominante será el retraso en manifestarse el control esfinteriano), o secundaria, al aparecer o reaparecer la enuresis tras un intervalo más o menos largo de limpieza. B. Hallgren considera que hay enuresis secundaria cuando (antes de los 4 años) el niño ha estado sin mojarse durante un año o más sin interrupción.

La enuresis primaria es la más frecuente: B. Hallgren señala un 85% de casos; M. Schachter y S. Cotte, 97,93%; C. Launay e Y. Fayol, 75%. D. J. Duché quiere distinguir en esta forma de síntoma: "La enuresis como un defecto de crianza —dice—. La enuresis aparece por una vigilancia insuficiente o nula, por malos hábitos adquiridos y rápidamente inveterados." La distingue de una enuresis a la que da el nombre de "congénita", "resultante de una alteración del ritmo urinario". Basa su tesis "en numerosas observaciones (que) demuestran que, de saber sorprender al niño en cada micción, no tardaría en llegar a la fase en que prefiere estar seco a estar mojado". Hace un repaso de sus estudios y de los de Wertheimer, que piensa que si el niño se moja es porque "quienes le rodean no han aprendido su primitivo lenguaje. Se moja porque no se le comprende y se le obliga a mojarse. Mas no lo hace sin protestar, sino que grita". D. J. Duché ha podido comprobar que en general, en estos casos, la micción infantil se produce estando despierto.

La enuresis secundaria es más rara, habida cuenta de estadísticas referentes a la enuresis primaria; no obstante, son muy diversos los índices que dan los diversos autores, en parte por límites impuestos por las edades estudiadas (entre un 21 y un 58%).

La enuresis tardía de los niños ya mayores, según M. Schachter (1972), aparece en unos medios socioeconómicos modestos: estos niños frecuentemente presentan retrasos, dificultades escolares y trastornos del comportamiento; muy frecuentemente también son débiles mentales.

Según el ritmo nictemeral, la enuresis puede dividirse en enuresis nocturna independiente, diurna independiente y diurna-nocturna.

B. Hallgren establece la siguiente estadística:

Enuresis nocturna independiente: 65%; enuresis nocturna y diurna: 32%; enuresis diurna: 3%.

Casi todos los enuréticos, especialmente los enuréticos primarios, mojan su lecho todas las noches o casi todas. Según B. Hallgren, tan sólo un 14% no lo mojan sino una vez a la semana o menos.

El ritmo enurético es variable (M. y N. Soulé). Podemos distinguir:

- Enuresis cotidiana.
- Enuresis irregular, fundamentalmente, cumplidos ya los 8 años.
- Enuresis intermitente, transitoria y con largos intervalos secos. Cuando se da este caso hay que consultar a la familia sobre la posible transformación de su ambiente.
- La enuresis episódica, episodio corto y raro (a veces de sólo dos o tres). Pueden ocurrir estos casos con ocasión de una epilepsia infantil, al escindirse una familia, al llevarlo a un internado, por estar inquieto —ante un examen, por ejemplo—, o coincidiendo con una psicoterapia o psicoanálisis infantil.

El índice de frecuencia de la enuresis entre la población infantil varía, según los diversos autores, entre un 5 y un 38%. Tan importantes diferencias se deben a la elección de población estudiada, edad, medio, etc. Los índices más elevados no son representativos de la población en general. H. Bakwin y R. M. Bakwin señalan que entre 1.000 niños examinados en el Bellevue Hospital, el 26% son enuréticos, mientras que, según recientes estudios, entre la población corriente son un 15%. Los porcentajes extraídos de las consultas en hospital son inferiores al 25%: J. J. Michaels y S. E. Goodman señalan un 31,2%; M. Schachter y S. Cotte, un 30,05%, de 3.000 casos observados; D. J. Duché, 38%, en 991 observaciones de la consulta de G. Heuyer.

En cuanto al sexo, casi todos los autores distinguen un índice enurético más elevado en muchachos que en muchachas. De una población corriente, B. Hallgren señala un 10% entre varones y un 9% en hembras.

B. Hallgren ve una relación entre enuresis y otros síntomas como la imperiosa necesidad diurna de orinar, la encopresis, el sueño profundo (véase etiopatogenia), la inmadurez afectiva y los trastornos del lenguaje. Este autor no ve diferencia alguna entre enuresis y demás enfermedades somáticas, ni siquiera en enfermedades alérgicas. No obstante, señala un hecho curioso: hay un alto nivel de estenosis pilórica asociado a la enuresis (un 2,1%), mientras que el índice corriente en una población normal es aproximadamente un 0,5%. Ciertos autores franceses asocian enuresis, debilidad motriz y trastornos de la lateralización hemisférica. J. J. Michaels y S. E. Goodman señalan la frecuente asociación de la enuresis con la succión del pulgar, onicofagia, dificultades en cuanto al lenguaje y ataques de cólera.

Muchos autores, según B. Hallgren (L. G. Fray, L. Stockwell y C. K. Smith) señalan los frecuentes casos de enuresis en la familia (entre padres, hermanos, ramas colaterales, etc.).

H. Bakwin, pensando que frecuentemente los padres suelen minimizar el haber

sido ellos también enuréticos, pensó en llevar a cabo una encuesta entre un grupo de colegas. Estudiando 25 familias de médicos con —al menos— un hijo enurético, comprueba que 23 padres y 17 hermanos de ellos habían sido enuréticos en la infancia. Apoyado en los estudios sobre los niños de los Kibboutz y los gemelos, H. y R. Bakwin llega a la conclusión de que en la enuresis existe una base hereditaria.

M. Kaffman, al estudiar la enuresis de niños de Kibboutz confiados a guarderías infantiles, señala que el índice de enuréticos es claramente idéntico en niños criados comunitariamente que en los criados en familia (un 11%, aproximadamente, de niños de 5 años y medio a 12 años en ambos grupos). Los padres de niños enuréticos no vacilaron en indicar espontáneamente los casos de enuresis; en una familia se repitió la enuresis sucesivamente en las mujeres de las tres generaciones anteriores.

En cuanto al estudio de los gemelos, B. Hallgren, que ha reunido todos los casos utilizables de la literatura, señala que la enuresis es concordante en dos terceras partes de casos de gemelos monocigóticos, mientras que no es así en las diez parejas de gemelos dicigóticos. Tras un estudio sistemático, esta autora aclara que la enuresis pudiera estar determinada por un gen mayor dominante autosómico, o por la simple alteración de los polígenes y del medio externo, pero admite que numerosos casos no están genéticamente determinados.

Las reacciones del niño y de la familia ante la enuresis varía según los casos. Al niño le parecerá un síntoma desagradable y molesto, pero a veces tendrá una actitud simplemente pasiva. La familia reaccionará con la máxima tolerancia o la máxima severidad, incluso bruscamente.

II. — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se establece ante la *incontinencia* urinaria, que hace suponer la existencia de una lesión orgánica concreta, mecánica, nerviosa o por una inflamación. Hay enuresis cuando la emisión es involuntaria e *inconsciente*, y hay *incontinencia* cuando la emisión de orina es involuntaria pero *consciente*, cuando todos los intentos del paciente por retener resultan inútiles y las micciones son anormales. M. y N. Soulé distinguen, acertadamente, entre ambos términos y ofrecen a cada uno un significado patológico concreto para evitar cualquier confusión y no emplean, por ejemplo, los términos de "incontinencia de orina" por "enuresis diurna", prescindiendo incluso de la expresión de "enuresis orgánica", aun cuando dicha distinción parezca formal.

Puede pasar por incontinencia la *polakiuria* si ocurre de día, confundiendo con una enuresis cuando se manifiesta por la noche. Cl. Launay ha señalado que "la mayor parte de polakiurias que coinciden con una enuresis nocturna son independientes de cualquier lesión orgánica o metabólica y no se entienden sino con intervención del sistema nervioso (hiperexcitabilidad neurovegetativa, participación de la emoción, proceso psicógeno con factores obsesivos básicos)". Sea lo que fuere, cuando la polakiuria y la enuresis nocturna e imperiosa necesidad de orinar durante el día van unidas, es indispensable un profundo examen para eliminar los posibles inicios de una afección urológica.

Las causas de incontinencia son varias. Cuando aparecen sin llamar la atención pueden confundirse con la enuresis, al menos en algunos casos. Entre otros:

Poliurias de afecciones del metabolismo, entre las que sobresale la diabetes mellitus, rara antes de los 5 años; la diabetes insípida; el síndrome poliuria-polidipsia, distinto de la potomanía, o hábito de ingerir una cantidad anormal de líquido (véase el capítulo de *La esfera oraalimenticia*).

Afecciones urológicas o renales producidas por una irritación o una infección (cálculos vesicales, cistitis aguda o crónica, uretrotrigonitis crónica de la niña), o de malformación congénita (falta de control del esfínter, provocada, por ejemplo, por abocamiento ectópico de una uretra supernumeraria, por obstáculos subvesicales causantes de retención crónica y micción al estar rebosante, como

en la hipertrofia del veru montanum, atresia meática, etc.). Para G. Lagrue y P. Milliez (1970), y quizás es verdad en los niños vistos por los urólogos, la existencia de una enuresis, incluso si se presenta aislada, más allá de los 5 años de edad debe hacer que busquemos siempre sistemáticamente, con investigaciones urológicas y nefrológicas, una anomalía orgánica o funcional de las vías urinarias o del riñón.

Trastornos neuromusculares relacionados con lesiones adquiridas de la medula espinal o con afecciones congénitas. En lesiones adquiridas —mielitis, traumatismos medulares, etc.— y de afecciones congénitas (espina bífida real, aplasia sacra) no cabe confusión alguna, ya que la malformación no resiste al simple examen.

M. F. Campbell describe anomalías del tracto urogenital en dos terceras partes de los niños enuréticos que se resisten a los métodos normales de tratamiento.

Según A. Breton y cols., no hay que prescindir ni supervalorar las enuresis orgánicas, que en su opinión vienen a ser del orden del 10 al 20% de la suma total de enuresis. Tales datos están en franca contradicción con los de la mayor parte de especialistas en enuresis (B. Hallgren, H. Bakwin, etc.).

De hecho, según M. y N. Soulé, "no cabe confusión alguna con la enuresis fundamentalmente nocturna, con las micciones normales durante el día, ni existe afección alguna que la estimule". Tan sólo en casos de enuresis diurna adquirida o nocturno-diurna se plantea el diagnóstico diferencial con afecciones orgánicas generadoras de incontinencia o asociadas a otros trastornos de la micción.

III. — ETIOPATOGENIA DE LA ENURESIS

Hay que suprimir ciertas hipótesis antiguas: la sífilis por herencia, teorías endocrinas inconcretas, espina bífida oculta trivial, modificaciones en los componentes de la orina (alcalinidad o acidez). Está demostrado que los elementos de la orina son normales, que no se altera la relación entre la orina durante el día y tampoco cambia el peso específico.

La literatura médica nos revela una pluralidad de factores etiológicos que suelen evocar otras tantas explicaciones patogénicas.

H. Bakwin admite que la manifestación clínica de las anomalías del funcionamiento de la vejiga, objeto de nuestro estudio, se centra en las necesidades imperiosas. Frente a la persona normal, que puede esperar horas y horas con la vejiga llena, el enurético precisa vaciarla de inmediato. Esa ineludible necesidad puede producirse y mojarse la cama al mismo tiempo. No es enurético el niño que por la noche se levanta a vaciar la vejiga, pero si no sabe responder a la llamada hay que considerarlo como tal.

No creemos que la patogenia enurética se base tan sólo en un problema de tolerancia. Lo que interesa averiguar es por qué no se siente la necesidad de orinar de día o de noche; por qué la enuresis pasa a ser fundamentalmente nocturna en un momento dado; por qué no despierta el niño al tener la cuna mojada; por qué no le molesta la humedad resultante; por qué a veces se modifica la enuresis tras un cambio de ambiente o situación.

No creemos que pueda abordarse el problema de la enuresis sin comprender la evolución de la función esfinteriana en la evolución total de la personalidad y dentro de un medio cultural concreto.

La micción es mecánica; el control de la micción es un mecanismo funcional que se transforma en un comportamiento con el paso de lo automático a lo voluntario, en su exacto sentido fisiológico.

La micción tiene sus reglas fisiológicas que podemos considerar como automáticas.

El control de la micción lleva implícito:

— Un aprendizaje a partir de cierto grado de maduración funcional, que a su vez es condición del control.

— El querer o no querer emplear un sistema fisiológico relacionado a unas normas culturales, especialmente relacionado con los padres.

— El valor consciente o inconsciente concedido a la función primera, que depende de las tempranas catexis de dichos aparatos o de su utilización funcional como placer funcional, como temor o forma de obrar contra otro como búsqueda de afecto o reivindicación.

A partir de este punto podemos distinguir esquemáticamente dos grupos de teorías etiopatogénicas: unas para valorar las alteraciones de la mecánica de la micción y otras que estudian la falta de organización, o la desorganización del mecanismo que cuida del control de la micción.

1.º Alteraciones de la mecánica de la micción

Sobre este punto se señalan dos teorías muy diversas.

Hay quien defiende una teoría general y un tanto vaga que considera la enuresis como algo en relación con una distonía del sistema nervioso vegetativo cuya sintomatología pudiera ir ligada a una hipervagotonía pelviana.

Otros emiten la hipótesis de una desorganización del control, consecuencia de una *lesión cerebral*. Pero por más que en los retrasos mentales de consideración sea deficiente dicho control, sabemos que algunos deficientes mentales pueden permanecer mucho más condicionados que los niños caracteriales, por ejemplo. El concepto de lesión cerebral, según los casos, se considerará como respuesta a lesiones más o menos localizadas y difusas. Hace tiempo que A. Trousseau afirmó ya que "todo aquel que, sin tener una lesión vesicouretral, orina en el lecho sin darse cuenta, es un epiléptico". Una epilepsia nocturna puede manifestarse por pérdida de orina, y algunas pérdidas de orina diurnas pueden ser manifestación del petit mal, pero en la realidad es muy raro que se confirme una epilepsia en los enuréticos. En las estadísticas, entre los enuréticos, S. Hallgren tan sólo señala un 2,9% con epilepsia, y considera que, habida cuenta de cómo se hizo la selección, dicho porcentaje no tiene ningún valor. Ahora bien, para G. Schaper, los enuréticos —frente a una población tipo— tienen mayor número de antecedentes de convulsiones febriles o epilepsia, o mayor porcentaje de historias de convulsión en su parentela. No creemos que esto venga en apoyo de las tesis de A. Trousseau. Aun cuando en un examen médico haya que ir en busca de una posible epilepsia, no cabe explicar por ese procedimiento los mecanismos de una enuresis en general. Con los estudios del E. E. G. se vuelve a plantear la existencia de lesiones difusas o localizadas. Si bien todo el mundo acepta la gran frecuencia de trazados anormales en enuréticos, S. Gunnarson y K. A. Melin creen que son raras las anomalías del trazado de tipo epiléptico. Por otra parte, en los estudios estadísticos vemos que investigadores como E. C. Turton y A. B. Spear descubren en el 14% de los casos un trazado francamente epileptiforme, lo mismo que Cl. Valet, quien descubre trazados de aspecto epiléptico en un 51,5% de casos. En realidad, la interpretación de los trazados electroencefalográficos cambia según los autores, no por el desorden en sí —sobre el que la mayoría podrían coincidir, aunque sólo como observación—, sino sobre la consiguiente patogenia. C. Benatti admite con razón que los trazados anormales podrán obedecer a una simple inmadurez funcional del sistema nervioso, a alteración de la persona-

lidad o a epilepsia. No olvidemos que frecuentes cambios del trazado E. E. G. en el niño, con trastornos emocionales, cambios en el carácter, etc., son semejantes a los de los epilépticos, y en ningún momento van acompañados de manifestaciones de tipo convulsivo, y cambian con el tiempo.

Tampoco hay relación alguna entre enuresis y *nivel mental*. Entre los enuréticos no existen débiles mentales por más que, como dice D. J. Duché, aun cuando la proporción de enuréticos entre los débiles mentales sea mayor que en la población normal. Esto es lo que se desprende de los más recientes trabajos.

Muchos autores se han concentrado en el estudio de la *capacidad vesical y del mecanismo esfinteriano* en niños enuréticos. Es indudable que una importante aportación de líquido que tenga como consecuencia el aumento de la excreción urinaria, por su simple volumen puede aumentar la presión intravesical y dar grandes ganas de orinar. C. Launay señala por cada cinco enuréticos un niño muy bebedor, y considera que la potomanía (una necesidad de beber diferente de la propia de la diabetes insípida, ya que los niños pueden someterse a un régimen de restricción hídrica en ambiente hospitalario) intervienen en algunos casos de enuresis. Subrayemos que el problema de la potomanía, relacionado con trastornos de tipo emocional o afectivo, pudiera conducirnos a un mecanismo patogénico común a enuresis y potomanía. Tras los primeros estudios de D. F. E. Nash, se ha estudiado la hipertensión vesical y la capacidad de la vejiga para inhibir sus contracciones según el grado de presión intravesical. D. F. E. Nash (1949) y J. V. Braithwaite (1950) repiten que la vejiga de los enuréticos se contrae tras la entrada de pequeñas proporciones de líquido. F. C. McLellan describe dos formas de funcionamiento anormal de la vejiga en la enuresis grave: contracciones rítmicas no inhibidas del detrusor tras la entrada de 25 a 75 cm³ de líquido, con aumento en intensidad hasta llenarse la vejiga, y una ligera elevación de presión hasta estar totalmente llena, seguido de una imperiosa necesidad de vaciarla. Según G. Lauret, prácticamente todos los enuréticos presentan una curva del tipo A₂ o B₁, lo que supone que su comportamiento vesical equivale al de un niño de 1 a 3 años. Según dicho autor, la inmadurez vesical es mayor cuanto mayores sean los trastornos clínicos. Señalemos, no obstante, que este tipo de funcionamiento de la vejiga no es constante en los enuréticos. M. Diwani y cols., describen curvas cistométricas normales en el 55% de sus pacientes.

No se plantea sólo el problema en el plano de las contracciones del detrusor, sino también en el del cierre del esfínter ante la hipertensión vesical. Si en todo momento se plantea el problema de la vigilancia vesicouretral, adquiere especial relevancia en la enuresis nocturna.

Ya hace tiempo que se da gran importancia a la *profundidad del sueño* en la enuresis nocturna.

El problema, que ha sido abordado por diversos autores —D. J. Duché, K. S. Ditman, K. A. Blinn y R. Lacassie—, también ha sido objeto de interesantes estudios por parte de H. Gastaut y cols., (1965). Dichos autores sostienen que los automatismos en la micción hipnótica aparecen entre 93 y 162 minutos después de quedar dormidos, en el curso de un proceso al que llaman el "episodio enurético". Suele iniciarse en una fase IV, y comporta:

- una inicial alteración E. E. G., generalmente en forma de uno o varios complejos K seguido por una actividad característica de una fase menos profunda de sueño;
- un movimiento global, sin carácter gestual, y una actividad de diducción acompañada de moderada taquicardia y seguida de bradicardia;
- la micción propiamente dicha, que aparece en último lugar, de veinte segundos a tres minutos tras la primera modificación del E. E. G.

Cuando no se les cambia tras haber orinado los niños pueden permanecer así durante algunas

horas sin alcanzar las fases E. E. G. III y IV de ondas lentas que traducen el final normal de los primeros ciclos hipnóticos. Si se les ha cambiado, los niños no tardan en dormirse y prosiguen con entera normalidad un ciclo completo hasta las fases III y IV del sueño profundo.

En cuanto a los cambios de presión intravesical, H. Gastaut y R. G. Broughton (1963) prueban que las primeras ondas de hipertensión intravesical resultantes de una espontánea contracción de la vejiga son muchas más numerosas e importantes en niños enuréticos. Las contracciones aumentan en número y amplitud (de 3 a 50 cm de agua en el manómetro) a medida que el E. E. G. hipnótico va pasando de la fase I a la fase IV. Al acabar la fase IV del primer o segundo ciclo hipnótico, se observa en los enuréticos una ininterrumpida sucesión de ondas de hipertensión intravesical cuya amplitud va en constante aumento hasta llegar a 100 e incluso 120 cm de agua, en que se mantiene estática hasta que la orina se desparrama alrededor de la sonda de la uretra.

Algunos investigadores han despertado a los niños en examen en el I. M. O. posterior a la enuresis con objeto de conocer los posibles *sueños*. Los sueños nada tenían que ver con la micción salvo cuando no se mudaba al niño.

C. Hames, quien anota 122 *sueños* en 49 enuréticos —32 varones y 17 niñas—, advierte que tienen un desarrollo especialmente agresivo —sueños con ladrones, animales terroríficos—, lo que revela cierto sentimiento de culpabilidad.

2.º Falta de organización o desorganización de la praxis utilitaria del control de la micción

Acabamos de ver que el control de la micción no es una simple mecánica sino un mecanismo que se desarrolla sobre la base de una aceptación activa o pasiva impuesta por los padres en función de normas culturales. Dichas normas se basan en reglas generales, en la limpieza, pero igualmente en razones económicas, de tipo indumentario y de lavado. Por consiguiente, la organización de dichos controles no es tan sólo la adquisición de una madurez. La madurez le confiere al niño la posibilidad de adquirir hábitos, pero la ritualización del esfínter no es imaginable prescindiendo de la persona objeto de control, el niño y de quienes le controlan, esto es, los padres.

Casi todos los autores aceptan que los traumatismos psíquicos y discordancias del medio pueden tener una importancia como *factor agravante* o *desencadenante* de la enuresis. Con frecuencia aparece tras una decepción, una separación, por el despertar de los intereses sexuales, por experiencias sexuales inviables y dificultades en el ámbito de la familia.

Pero en lo que no reina la misma unanimidad es en la etiopatogenia de origen afectivo como causa directa y única de dicho síndrome. Entre otros, H. Bakwin considera que no hay una clara y definida diferencia de conducta entre niños enuréticos. Tras los primeros estudios de S. Freud, muchos autores dan gran importancia al desarrollo afectivo del niño. Tras una total revisión de la literatura y como consecuencia de sus propias observaciones, F. N. Anderson (1930) llegó ya a la conclusión de que los factores emocionales son, con mucho, la principal raíz de la enuresis, siendo insignificantes los factores físicos en cuanto a causalidad y sin tener importancia salvo en muy contados casos. Son numerosos los autores que defienden esta tesis: M. Gerard, J. L. Despert, A. Berge, etc. Sobre una base estadística, B. Hallgren —en el grupo de enuréticos estudiados por él mismo— señala un 41% de casos con problemas afectivos personales y un 26% entre sus hermanos.

Antes de pasar a estudiar la importancia de tales factores y su valor patológico, expondremos esquemáticamente la personalidad de los niños enuréticos, el papel atribuido a los padres en la génesis de la enuresis y, finalmente, el valor psicológico de dicho síntoma.

3.º Personalidad del niño enurético

Gran número de autores han descrito una tipología psicológica del niño enurético.

Algunos, como L. Kanner y A. Doumic, señalan dos polos caracterológicos. L. Kanner distingue, entre otros, los "agitados hiperactivos excitables", los "llorones gruñones irritables" y los "desvergonzadamente rencorosos, tozudos". En su estudio de la enuresis femenina, A. Doumic opone enuréticas pasivas, asténicas, perezosas, muelles, a las que tienen rasgos semejantes a los masculinos. En opinión de ambos autores no se puede describir una personalidad enurética. M. Gerard no establece oposiciones en un marco común, sino que describe diversas personalidades enuréticas según el sexo, que representa, en cierto modo, lo contrario de la forma evolutiva, masculina o femenina. Los chicos serán pasivos, retraídos, autodesvalorizadores, temerosos, dependientes, con necesidad de afirmarse; las chicas se acercarán a la normalidad en su conducta externa, pero se caracterizarían por su necesidad de independencia, de competencia con los chicos, por su ambición. En ambos sexos se advierte la ansiedad, las pesadillas y los terrores nocturnos. D. A. Duché no ve una unidad en las diversas descripciones caracterológicas de la enuresis, y piensa que es ilusorio establecer un perfil psicológico válido para todos los enuréticos. El mismo C. L. Launay cree que es un intento vano.

4.º El papel de los padres en la génesis de la enuresis

El papel que tienen los padres en el origen de la enuresis podemos contemplarlo de dos formas: como un comportamiento erróneo en cuanto al adiestramiento del esfínter infantil o como algo más general en el plano de su desarrollo afectivo.

Muchos autores subrayan que una conducta irrazonable o neurótica por parte de los padres dificulta la formación del control del esfínter en su momento normal, tanto por coaccionar excesivamente al niño —con rebeldía o autodefensa por parte de éste— como si obran blandamente, con lo que no se llega a formar el control de la micción. Como señala Telma Reca, unos padres también enuréticos tendrán un comportamiento temeroso o de excesiva superprotección, al recordar su propia humillación. El no saber ejercer el control adecuadamente los padres (prematura educación del esfínter) es propio de mujeres obsesionadas que aplican las reglas con excesiva rigidez, o propio de mujeres fóbicas, temerosas de la suciedad.

Mirado más generalmente, el comportamiento de los padres es motivo de una especial afectividad infantil, según sea aquél protector o, a la inversa, cruel y repelente.

A veces la intervención de los padres es provocada por el comportamiento entre hermanos: cuando hay celos hacia el hermano menor, máxime si ha nacido en el momento en que está aprendiendo a controlar el esfínter, lo que hace que la regresión sea más frecuente en niños superprotegidos; en otras ocasiones, por rivalidad con el hermano mayor, la enuresis obliga a la madre a ocuparse del pequeño y abandonar al otro (Telma Reca).

5.º Valor del síntoma

El síntoma puede tener diversos significados. Para darle algún sentido, es indispensable tener en cuenta la evolución libidinal y de relación, y con P. Luquet con-

viene distinguir entre enuresis nacida durante el período pregenital y enuresis del período edipiano.

Durante el período pregenital la enuresis puede ser manifestación de pasividad: satisfacción por los cuidados maternos, placer cutáneo por encontrarse en un medio húmedo, o manifestación de actividad: ésta, a su vez, puede manifestarse agresivamente, con miras a su propia satisfacción (erotismo uretral) o, de manera más general, con miras a la satisfacción del poder del niño por el uso que hace de su aparato.

En la fase edipiana o postedipiana la enuresis puede equivaler a una masturbación. Éste es un hecho señalado por numerosos autores seguidores de S. Freud. Como señala A. Berge, la enuresis puede ser una defensa ante el miedo a la castración o una comprobación de la no-castración, una concepción sádica del comportamiento genital, o tener un valor de identificación fantasmática con la virilidad paterna. M. Gerard expone la hipótesis de que la enuresis es un sustituto de la masturbación, que en la niña va asociado a fantasmas de acción —habida cuenta de que la micción en ella pasa por un fenómeno destructivo— y en el niño con fantasmas exponentes de pasividad al dejar salir la orina sin control alguno. Ciertos autores señalan que la enuresis responde a la satisfacción de un ansia de castigo para liberarse del sentimiento de culpabilidad, pero, como dice M. Soulé, hay que ver posibles castigos: uno secundario, relacionado con la reprobación general, y otro primario, que es el causante de la enfermedad.

IV. — LA ENURESIS EN EL MARCO DE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE LA MICCIÓN Y DE SU REALIZACIÓN FUNCIONAL

No creemos que teorías excesivamente unívocas, mecanicistas o psicogenéticas puedan explicar la suma de casos descritos como "enuresis".

Cuando analizamos el conjunto de las teorías que se fundan en un trastorno de la mecánica miccional, observamos que, para cada hipótesis etiológica, se dan distintas maneras de concebir el trastorno de la mecánica misma. Si bien algunos consideran que el déficit depende de un componente lesional y admiten que existe una relación directa entre la lesión y el síntoma, de ahí las hipótesis cuyos mecanismos se acercan a los epilépticos, en cambio otros consideran que se llega a la mecánica funcional por una insuficiencia madurativa o constitucional. La insuficiencia constitucional comportaría la aceptación de una distonía general o de una insuficiencia de capacidad fija. Pero sabemos que la enuresis desaparece con la edad, y por lo tanto deberíamos aceptar la hipótesis de los mecanismos de compensación.

Al admitir que la evolución del control miccional depende hasta cierta edad, de unos procesos madurativos, se ha planteado, acertadamente, la pregunta de si la enuresis no respondería a una insuficiencia madurativa. Pero en este caso las interpretaciones pueden ser distintas según se invoque una inmadurez de la mecánica local (inmadurez miccional de Lauret), un retraso de la maduración motriz (P. Merklen, J. Roudinesco); según se admita una inmadurez cerebral (E. E. G. inmaduro) o una inmadurez afectiva; según se acepte de forma más general que la enuresis puede incluirse, como el retraso del habla, dentro de un marco más general, a saber: una insuficiencia en el desarrollo, desviación familiar corriente, que tiende a la mejora espontánea durante la segunda década (H. Bakwin).

Incluso cuando se habla de una insuficiencia de la capacidad vesical, se puede admitir esta insuficiencia como un dato fijo o en evolución, y también como hace S. R. Muellner, como una insuficiencia debida a un uso inadecuado de los meca-

nismos voluntarios de la micción. Este tipo de mecanismo, que llamamos "ausencia de organización por falta de activación", nos parece capital, ya que puede ir emparejado con una teoría madurativa y con un trastorno del mecanismo de utilización del control miccional.

La hipótesis de hipertonía vesical o de insuficiente capacidad vesical, conceptos como el de inmadurez general o local, nos explican a veces ciertos tipos de enuresis primaria pero no nos bastan para explicar plenamente todo tipo de enuresis; su evolución, los hábitos a que dan lugar, ni las alteraciones por cambios de lugar o de ambientes, ni explican el valor ya clásico de ciertas terapéuticas sugestivas. Y este tipo de explicación aún es menos válido para las enuresis secundarias.

Por otra parte, las teorías psicogenéticas carecen de valor si no se aplican con precisión a un sistema en evolución, teniendo en cuenta el momento evolutivo de dicho sistema. Por otra parte, no debe confundirse la génesis psicológica de la alteración con la reacción psicológica ante ese mismo trastorno. Por eso, conviene desconfiar de determinadas aceptaciones de la enuresis, que de por sí ya nos parecen patológicas.

En general, la enuresis responde a mecanismos de satisfacción uretral, a una regresiva humidificación genital, a una reacción contra el miedo a perderla, a una forma de diálogo, relación con los demás en forma de agresión, pasividad o dependencia.

No creemos que todos los mecanismos sean válidos para todas las formas de enuresis. Creemos que el síntoma puede tener un valor y un sentido iniciales, pero también puede adquirir un sentido al evolucionar; y, en este caso, asistimos a una catexia de la disfunción.

Hay que distinguir la persistente enuresis primaria del "no entrenado", con sus problemas en cuanto al aprendizaje funcional, y la secundaria, que se plantea en el plano de la regresión.

En la *enuresis primaria* el no aprender a controlar la micción puede estar en relación con la pasividad o despreocupación familiar, o con una actitud pasiva por parte del niño, con su reacción ante la coacción o con la insatisfacción infantil por encontrarse en un ambiente conflictivo. El síntoma se utiliza en el plano de la satisfacción productora de ciertos beneficios secundarios o en el plano de la expresión. Es evidente que el sistema miccional, al no utilizarse como control, no consigue sus capacidades ni su posibilidad de frenar la presión del elemento líquido.

En la *enuresis secundaria* la regresión puede depender de un auténtico abandono o de frustraciones mal soportadas, como contrapartida de un estado de dependencia, de complacencia o de una erotización regresiva.

Pero tanto en casos de enuresis primaria como secundaria la enuresis se torna en hábito, que en uno no se adaptará por falta de condicionamiento y en otro por un nuevo condicionamiento patológico. Pasado un tiempo, en ambos casos el síntoma perderá su significado para convertirse en un simple signo. En una personalidad en evolución, la enuresis es activa y soportada, beneficio y molestia. En esta ambivalencia la terapéutica, aportando nuevas ventajas o creando nuevas motivaciones, o poniendo en marcha sistemas orgánicos pasivos, podrá ayudar al niño a hallar una salida, permitiéndole conseguir su curación y haciéndole liberarse de su molesta situación, que en definitiva, en nuestra cultura, le trae más inconvenientes que ventajas.

V. — TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

Muchos medicamentos se han ido sucediendo unos a otros para el tratamiento de la enuresis. Actualmente sólo se usa el clordiazepóxido (Librium) de conocida acción ansiolítica pero cuyos resultados se discuten, y sobre todo la imipramina.

La acción de la imipramina ha sido objeto de numerosas publicaciones. A. F. Poussaint ha analizado las distintas hipótesis fisiopatológicas que se han elaborado con respecto de la acción de esta medicación: efecto antidepresivo que apoyaría la hipótesis que algunos han elaborado, según la cual la enuresis es un equivalente depresivo; acción estimulante sobre el sistema nervioso central disminuyendo la profundidad del sueño; actividad anticolinérgica teniendo una acción sobre el aparato de micción relajando el músculo constrictor de la vesícula y aumentando la tonicidad del esfínter vesical, permitiendo este efecto combinado que la vesícula contenga una mayor cantidad de orina antes de que el reflejo de vaciamiento induzca a que la vejiga se contraiga y se dé la micción. F. Guzzeta y cols., admiten que la imipramina actúa también como equilibrador de la estructura de la personalidad permitiendo tener unas mejores relaciones con el entorno. Sus investigaciones electroencefalográficas muestran una mejor organización del ritmo bioeléctrico, una especie de maduración funcional que le permite al niño, consecuentemente, una mejoría de su vida relacional. La amitriptilina actuaría de la misma forma.

Al analizar los resultados de las diversas terapéuticas, tras la aplicación de cada una de ellas se advierte cierta proporción de resultados válidos. Cuando en los ensayos terapéuticos el resultado es doble, cuando son válidos con un determinado medicamento también hay un tanto por ciento de efectos positivos con grupos placebo. Esto nos hace comprender que el síntoma enurético no obedece a un solo mecanismo. La alteración común a toda enuresis es la falta de control en la micción, lo que no indica que su etiopatogenia sea siempre la misma.

Al tratar a un enurético no tratamos únicamente el síntoma, sino un comportamiento cuyo contexto psicofisiológico hay que dilucidar. Ante los trastornos primarios o secundarios hemos de tomar una determinada actitud psicológica, tanto frente al niño como frente a los padres. Hay que dar confianza al niño, tranquilizarle y quitarle el sentimiento de culpabilidad. Hacerle cooperar con la terapia, poniéndole al corriente —como hacen algunos autores— del mecanismo de la micción. También los padres necesitan palabras de aliento para soportar una afección tantas veces considerada como algo vergonzoso, necesitan que se les informe de cómo han de hacer para educar el esfínter y que se les avise para no servirse del síntoma con finalidad agresiva o de protección, protección buscada y aceptada por el niño. Con eso podrían transformar el síntoma-reacción en una conducta de la que el niño sacaría beneficios secundarios.

En algunos casos no basta esta actitud de apoyo y puede disponerse una psicoterapia cuyos objetivos esenciales serán los siguientes: reducir el problema conflictivo, mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de orden afectivo. Si bien a veces bastará una psicoterapia de apoyo o mediante sugerencias, en otras ocasiones habrá que actuar en profundidad mediante una psicoterapia de tipo psicoanalítico para descubrir la especial forma organizativa de la personalidad infantil. Se pretende analizar la personalidad del niño enurético cuya enuresis es expresión de un conflicto más profundo que dificulta su organización afectiva y de relación. M. Soulé señala que el psicodrama ayuda a comprender mejor la dinámica de dicho comportamiento ayudando al niño a tomar conciencia replanteando el síntoma en una dinámica más general cuya más clara expresión es la enuresis.

B. — ENCOPRESIS

Hemos visto los trastornos esenciales de la organización esfinteriana y la enuresis. Pero si no se ha descrito una auténtica psicopatología de la retención urinaria en el niño, no sucede lo mismo con los mecanismos de la defecación; es muy frecuente que se consulte debido a la retención fecal. Se trata de la constipación. Antes de abordar el problema de la encopresis, nos gustaría exponer los problemas médicos y psicológicos planteados por la constipación, aun sabiendo que la encopresis no se excluye necesariamente de la constipación.

Aparte de los casos excepcionales de anomalías anatómicas (malformaciones anorrectales, enfermedad de Hirschsprung) y las distintas causas locales o dietéticas, la constipación es una afección menor, pero puede convertirse en el centro de las preocupaciones de los padres.

A menudo es con el ritual que representa el aprendizaje esfinteriano como puede instaurarse la constipación. Los padres frecuentemente se sienten inquietos si el niño no tiene una deposición cotidiana cuando se le pone sobre el orinal; el niño puede jugar con esta intranquilidad y retener sus necesidades. La constipación también puede ser una fase de la actitud general del niño negativa. Más raramente, niños con más edad manifiestan un interés que excede de lo normal con esta rutina y se consideran sucios si no tienen una evacuación cotidiana.

Según H. Bakwin y R. M. Bakwin, la mayoría de los niños constipados no dan la impresión de estar perturbados en la esfera afectiva, pareciendo ser la dificultad intestinal un síntoma aislado. En los que presentan una perturbación afectiva, no siempre es fácil el poder afirmar si es la dificultad intestinal la que ha provocado el trastorno afectivo, o si ha sido éste último el que ha dado lugar al primero.

Pero hay que saber que un niño que ha tenido un aprendizaje esfinteriano severo puede reaccionar durante un "período propio" con una constipación obstinada que más tarde desemboca en una encopresis (*obstinación paradójica*).

Las primeras descripciones de la encopresis fueron las de G. B. Fowler en 1882, y de E. Henoch en 1889; en 1926, S. Weissenberg la define así, al introducir el término de "encopresis": "Toda defecación involuntaria de un niño de más de 2 años, cuando no tiene una lesión del sistema nervioso ni afección orgánica alguna". Para E. Glanzman (1934), es el hecho de ensuciarse por la expulsión más o menos involuntaria de materias fecales. En 1934, A. B. Marfan describe la "defecación involuntaria de los escolares". La sitúa entre los 7 y los 8 años, sin relación alguna con lesiones del estómago, distinta de la exoneración fecal por emociones y que desaparece con la pubertad.

En la actualidad se eliminan del cuadro de la encopresis todos los casos ocasionados por lesión del sistema nervioso (J. Duhamel y otros, 1957; C. Koupennik, 1957) por tratarse de una incontinencia del esfínter o del bajo vientre, equivalente al gatismo de algunos hemipléjicos o pseudobulbares. Creemos, no obstante, que no todo niño con temprana afección encefalítica ha de ser forzosamente un incontinente. Tarde o temprano podrá llegar a ser limpio.

Hay quien prefiere emplear la expresión de "incontinencia fecal funcional" al término de "encopresis"; en la primera se agrupan a un tiempo la encopresis propiamente dicha y todos los fenómenos asociados o secundarios, teniendo en cuenta que los factores mecánicos y psicológicos están inextricablemente ligados. I. Berg y K. V. Jones evitan emitir diagnósticos como "inercia del colon", "encopresis" "megacolon psicógeno" e "incontinencia por un llenado excesivo", que se asocian a teorías etiopatogénicas y tratamientos específicos.

I. — ESTUDIO CLÍNICO

1.º El síntoma

J. Duhamel y otros describieron perfectamente en 1957 el síntoma de la encopresis. Se lleva al niño a consulta porque se ensucia, hecho sumamente revelador, ya que pasa un tiempo entre la limpieza previamente adquirida y la encopresis. En general, el niño encopréptico no se da cuenta de su suciedad; lo corriente es que no sienta claramente la necesidad de ir al retrete. La encopresis no es una enfermedad del esfínter que, anatómica y eléctricamente es normal, sino una afección del control del esfínter.

Casi todos los autores están de acuerdo en afirmar que el control del esfínter hay que adquirirlo entre los dos y los dos años y medio. I. Berg y K. V. Jones han observado importantes cambios según las diversas culturas.

Al igual que en la enuresis, hay quien distingue entre encopresis primaria y secundaria. En el primer caso el niño no adquiere la limpieza, mientras que en el segundo la pierde tras haberla adquirido.

La encopresis primaria es un retraso en la madurez funcional que permite el condicionamiento.

La secundaria es una regresión a una fase anterior, con un intervalo de limpieza. El condicionamiento se ha poseído durante un tiempo más o menos largo.

Aproximadamente, la mitad de 75 niños encoprépticos examinados por M. Bellman en 1966 presentaban su síntoma sin interrupción desde la primera infancia y la otra mitad había tenido un intervalo de control intestinal satisfactorio que, como mínimo, había sido de un año. En los casos de encopresis secundaria el comienzo del síntoma suele coincidir con un factor desencadenante como es el ir a la escuela, el nacimiento de un hermanito, la separación de la madre.

En la encopresis diurna el niño se ensucia estando de pie o sentado, y por la noche, mientras duerme. Durante el día la exoneración fecal suele producirse de una sola vez (A. B. Marfan), pero también se da el caso del niño que se está ensuciando constantemente. La encopresis nocturna es menos frecuente que la diurna (B. Hallgren).

Las manifestaciones encoprépticas pueden ser continuas o discontinuas. Cuando son discontinuas se suele advertir la favorable influencia de los períodos de vacaciones, de separación del medio familiar o escolar.

Es raro que en la encopresis las deposiciones tengan la consistencia normal. Suele producirse al mismo tiempo el estreñimiento, y a veces se observa la alternancia de diarrea y estreñimiento, y de verdadera diarrea. El examen radiológico del colon con enema baritada señala, a veces, un megasigmoide o un dolicoigmoide, o ambos asociados, y en casos extremos un megacolon generalizado.

2.º Su frecuencia

En su completísimo estudio de la encopresis, sobre un número de 8.863 niños de Estocolmo, en su primer año de escuela, M. Bellman (1966) advierte un índice de frecuencia del 2,8% a los 4 años, de 2,2% a los 5, de 1,9% a los 6. En los de 7 a 8 años, el porcentaje pasa al 1,5.

La encopresis es mucho más frecuente en varones que en hembras. En las estadísticas de M. Bellman la proporción es de 3,4 niños frente a 1 niña, en niños encopréuticos de 7 a 8 años. Para J. Duhamel y Ngo Guang Binh (1968) el 85% de encopréuticos son varones.

La mayoría de los autores no advierten encopresis alguna ni en los padres ni en las hermanas de encopréuticos. En 1966, M. Bellman encuentra el síntoma en padres o hermanos de algunos niños observados por él. También B. Hallgren observa un 9,4% de encopréuticos en miembros de un grupo enurético de sus 194 casos de enuréticos y de enuréticos-encopréuticos.

3.º Afecciones que van unidas a la encopresis

Con frecuencia encopresis y enuresis van unidas, especialmente con la enuresis diurna. En 194 niños enuréticos, B. Hallgren señala 44 encopréuticos (22,7%) y 10 encopréuticas entre 95 niñas enuréticas (10,5%).

En 30 casos de encopresis, H. Eller (1960) revela que el 83% tenía una enuresis primaria. La enuresis era diurna o diurno-nocturna en el 78% de casos. Este índice de enuresis diurna es bastante alto, en comparación, por ejemplo, con el de B. Hallgren, que equivale al 20% de todas las enuresis.

En los 75 niños encopréuticos estudiados por M. Bellman (1966), la anamnesis de los padres revela que la enuresis es más frecuente en niños encopréuticos que en el grupo de control.

No obstante, conviene señalar que en los casos de asociación ambas afecciones en general no son simultáneas y sus manifestaciones se inician y evolucionan en épocas diferentes.

M. Bellman (1966) no ve un signo de inmadurez física entre los niños encopréuticos, ni diferencias en relación con el grupo de control por el peso dado al nacer o talla y peso del primer trimestre escolar. En los datos anamnésicos no hay mayor proporción de enfermedades somáticas entre niños encopréuticos, lo mismo que en cuanto a frecuencia de afecciones gastrointestinales y estreñimiento. Tan sólo las fisuras anales son algo más frecuentes.

II. — FORMAS CLÍNICAS

En la literatura médica se describen diversas formas clínicas de encopresis. Escasa aportación a la descripción de la encopresis suponen tales distinciones. Corresponden más bien a la especial concepción etiopatológica que nos hacemos del síntoma tanto en relación con el aspecto funcional como con el afectivo.

En cuanto al aspecto funcional, los estudios se han centrado especialmente en las relaciones entre encopresis y estreñimiento.

De este modo J. Duhamel y Ngo Guang Binh establecen una clasificación que distingue entre encopresis sin estreñimiento, cuyo hecho fundamental es el factor psicológico, y formas cuyo principal fenómeno es el estreñimiento con fecaloma y megarrecto.

A. C. Woodmansey describe estreñimientos con incontinencia, que en el momento inicial de la disquesia se caracterizan por:

— “defecación con retraso”. El intestino no logra evacuar en presencia de la madre o en circunstancias que le recuerdan los esfuerzos del aprendizaje; se evacua en sus mismas ropas o en la cama fuera de estas condiciones;

— “defecación urgente”. El acto de defecación, en general, es inhibido.

En el estadio de disquesia se describen:

— “desplazamiento fecal”, acumulación de heces en el recto, distensión rectal y evacuación involuntaria de vez en cuando, ensuciando las sábanas;

— “desbordamiento del exceso”: las heces son una materia fecal dura, inmersa en materias líquidas que se eliminan por desbordamiento.

El autor describe una diarrea de origen psicógeno con o sin encopresis consiguiente: temor y ansiedad, temor objetivo (colon hiperactivo) o miedo a su propia cólera (colitis ulcerosa).

Como criterios clasificatorios, E. J. Anthony considera la continuidad o discontinuidad del síntoma encopréutico, la asociación o no de encopresis y enuresis, y la presencia o falta de retención fecal como fenómeno permanente o intermitente. En cuanto al primer punto, distingue entre:

— “Niño continuo”, niño sucio cuya familia le tolera sorprendentemente por razones sociales de cultura.

— “Niño discontinuo”, un niño compulsivo, de familia compulsiva, que siente temor y vergüenza por la encopresis.

— “Niño retenido”, en quien se manifiesta una retención-estreñimiento que posteriormente llevará a la encopresis (*obstipatio paradoxa*). En realidad, se trata de un subgrupo de las dos categorías anteriores.

En el marco de incontinencias fecales funcionales, I. Berg y K. V. Jones distinguen cuatro grupos:

— niños plácidos procedentes de hogares tranquilos, que no han logrado unos hábitos del esfínter y cuyo trastorno primordial es no hacer uso del retrete;

— niños que se empeñan en no emplear el orinal; conducta negativa en el niño y actitud punitiva por parte de los padres.

En ambos casos se da un estreñimiento leve o de importancia, que viene a compensar la falta de hábitos del esfínter:

— niños estreñidos desde muy pequeños, lo que hace pensar que además de los trastornos psicológicos hay una discordancia fisiológica subyacente:

— niños que reaccionan al stress.

III. — PERSONALIDAD DEL NIÑO ENCOPRÉUTICO

Quienes han estudiado la personalidad de los niños encopréuticos han señalado unas constantes en su organización. Así describe M. Bellman el cuadro clínico de los niños encopréuticos de 8 años. Según informes de los padres, tienden a manifestar reacciones de ansiedad, les falta una afirmación en sí mismos y dan muestras de escasa tolerancia respecto a las frustraciones. Comparados al grupo tipo, utilizan su agresividad sin madurez, infantilmente; la mayor parte se controlan excesivamente y algunos dan rienda suelta a su agresividad. En conjunto, dependen más bien de su madre. Los encopréuticos tienen menos contacto y placer mutuo en actos comunes con sus padres y compañeros. El examen psiquiátrico los reconoce más ansiosos e indecisos, menos abiertos y preparados a tener contactos con respecto a los niños del grupo de control. Los tests de personalidad indican pasividad, agresividad inhibida, falta de madurez, contacto alterado con la madre, gran sensibilidad, aumentada por exigencias del ambiente, sentimiento de fracaso y demás tendencias, demostrando poca confianza en sí mismos. Los encopréuticos suelen tener miedo al orinal, y la *potting situation* suele acarrear las más desagradables asociaciones.

L. Mazzanti y G. Bedogni (1965) han examinado a 25 niños encopréuticos (22 varones y 3 niñas) de 4 a 16 años. Todos ellos con cambios de carácter, algunos (14 casos) con inmadurez afectiva, otros con estructuras neuróticas de tipo ansioso (6 casos), y en los restantes cinco niños predominio de rasgos obsesivos.

Las perturbaciones psicoafectivas de cierta gravedad de los 10 niños encopréuticos estudiados por O. Masson y M. Perrenoud (1966) superan el marco de manifestaciones puramente reaccionales. En todos los casos siempre aparece en primer plano un inconsciente conflicto afectivo, ambivalente ante la imagen materna.

La inteligencia no tiene un papel fundamental, si no es para hacer más duradera la encopresis mediante diversos mecanismos en niños especialmente dotados o por pasividad o condicionamiento, más fácil aún en niños de escasa inteligencia.

IV. — FUNCIÓN DEL APRENDIZAJE Y DEL MEDIO

La educación del esfínter es la más importante e influyente de las diversas variables implicadas en la aparición de la encopresis (E. J. Anthony, 1957). En esta situación, es esencial la función materna (el *potting couple* de los autores anglosajones), y no faltan pruebas de que los tempranos intentos de imponer por la fuerza el control del intestino pueden ocasionar perturbaciones crónicas en la defecación.

Al comparar las madres de niños encopréuticos con las de un grupo modelo, M. Bellman las ve ansiosas, emotivas, superprotectoras. Aun cuando se consideran indulgentes en cuanto a la crianza de sus hijos, más bien tienden a reaccionar vivamente cuando el niño tiene "un accidente" (se enfadan, le castigan o incluso le pegan). Contaban con que su hijo iba a controlar sus deposiciones antes que los demás niños. Así, en la encopresis secundaria, el inicio del primer control del esfínter tiene lugar, en efecto, antes precisamente, porque las madres esperan un temprano control por parte de sus hijos.

Entre posibles causantes de stress, el autor señala que en el grupo encopréutico son más frecuentes la separación respecto a la madre antes de los 4 años. Coincide con el comienzo del trabajo materno fuera de casa y con el comienzo de la escuela para el niño.

Todos los padres de los niños examinados por O. Masson y M. Perrenoud (1966) tenían estructuras psíquicas perturbadas, y en nueve de cada diez casos existía un grave conflicto entre los padres, con o sin separación. También suele coincidir la aparición de trastornos psiquiátricos con la hospitalización de alguno de los padres.

Lo que en realidad cuenta no son las malas relaciones con los padres, sino el cómo de esas relaciones, el momento de su evolución en que la encopresis es para el niño una forma de manifestarse, o la importancia de este síntoma en la evolución de cada niño en concreto.

El problema de la encopresis no puede comprenderse a menos que se estudie dentro del amplio marco familiar (J. R. Bemporad y cols., J. M. Hoag y cols.). De estos estudios parece desprenderse que las relaciones madre-hijo se caracterizan por una ambivalencia materna y una oscilación entre una intrusión autoritaria en la vida del niño y una conducta de rechazo y de exclusión. El padre es pasivo y está deprimido, a menudo ausente, pasivamente despegado y emocionalmente distante. Según J. R. Bemporad y cols., los niños encopréuticos no parecen haber incluido sus funciones esfinterianas dentro del control del Yo o del Superyo, sino que siguen considerándolas como íntimamente ligadas a su relación con su madre. El síntoma parece ser utilizado como una maniobra hostil y de búsqueda de atención dentro del

curso de una relación de hostilidad-dependencia, dentro del contexto de un entorno familiar específico, es decir la ausencia del padre.

V. — ETIOPATOGENIA

Al igual que la enuresis, la encopresis es un síntoma que únicamente cabe en el niño en desarrollo. Hay quien la considera como una enfermedad intestinal repetida y prolongada, como un tumor intestinal (pólipos) o como una perturbación neurovegetativa. Otros la consideran originada por tempranas lesiones cerebrales que pueden actuar directamente al defecar o indirectamente por los consiguientes cambios de carácter. K. Niedermeyer y K. H. Parnitzke describen modificaciones neumoencefalográficas y E. E. G. (éstas en comparación con un grupo de control). Hay una gran incidencia de trastornos neurológicos y un retraso del crecimiento y del peso en comparación con un grupo de niños normales.

Estos datos no concuerdan con los de M. Bellman.

Por la propia complejidad de los factores en juego, el estudio de la literatura y observaciones clínicas proporcionan datos a veces insuficientes, parciales y erróneos. No obstante, los hechos de experiencia clínica expuestos permiten entresacar algunas constantes que en cada caso aparecen en diversa medida:

- La indiscutible influencia del aprendizaje de la limpieza: bien por falta de *pot-training*, bien, y esto es lo más frecuente, por aprendizaje coercitivo y exigente por parte de la madre, demasiado tempranamente. Los trabajos de E. J. Anthony sobre la reacción de disgusto, la clínica y el contexto social parecen demostrar una discriminación entre los casos de encopresis primaria (descuido del aprendizaje de la limpieza, madre poco exigente) y la forma secundaria (aprendizaje impuesto, madre exigente).

- Por su parte, el niño puede resistirse al aprendizaje por razones de organización de su personalidad, origen de ciertos modos regresivos de comportamiento. Algunos sienten un placer desproporcionado con la excreción y las materias fecales (autoerotismo), sin preocuparse de las reglas de higiene. Otros necesitan afirmar su agresividad de manera regresiva. En cuanto a la evolución, puede haber formas pasajeras, poco graves, en las que el conflicto es reversible y no muy profundo, y formas graves en que el síntoma está ya fijo y el conflicto profundamente rechazado.

- Al pasar revista al papel que desempeña el ambiente, todas las consideraciones son, en definitiva, en torno a la relación madre-hijo. Los errores cometidos por la madre en la educación de su hijo respecto a la limpieza, el nacimiento de un hermanito, el no entendimiento entre los padres o cualquier otro factor desfavorable apenas si tendrán consecuencias con tal que la madre esté íntimamente en contacto con su hijo. El respectivo comportamiento puede evolucionar en un clima favorable y desaparecer el síntoma al superarse el conflicto.

- Con todo, el síntoma podrá fijarse cuando se perturba el contacto con la madre y cuando no evolucionan las actitudes. Entonces será equivalente a una constante agresividad; al rechazar el conflicto, éste evolucionará como enfermedad psicosomática. También puede ser el síntoma un beneficio secundario para el niño por tornarse en ese momento más indulgente la madre, que se siente culpable por su educación excesivamente exigente. Con E. J. Anthony hemos de aceptar que la encopresis, inicialmente tenida por un estado monosintomático, es el elemento más visible de una serie de síntomas que tienden a desaparecer al crecer el niño. Lo que sí merece ser mejor conocido es el núcleo catalizador de esa suma de síndromes y sus cambios subsiguientes.

Como dicen C. Launay y K. Lauzanne, si el significado de la encopresis está lejos de un unívoco en el momento de su aparición, su cronicidad la hace todavía más oscura. En cada uno de los momentos de su evolución, la encopresis tiene un significado específico.

VI. — EVOLUCIÓN

Normalmente, la encopresis desaparece tras un período en que los síntomas vienen más espaciados. Es raro que el síntoma ceda en un momento en que su frecuencia es elevada (cuando se repite varias veces por semana, p. ej.).

El estudio de la evolución de la encopresis señala un declive pasados los 8 años. Ninguno de los niños estudiados por Bellman en 1966 padecen encopresis pasados los 16 años, excepción hecha de dos casos en quienes posteriormente ha reaparecido. En dicho estudio, tras un período de 22-23 meses, el 56% de los encoprétricos dejaron de manifestar el síntoma, al menos durante seis meses.

M. Bellman relaciona con el pronóstico de la encopresis los siguientes factores: ansiedad y tensión en el niño, contacto perturbado con la madre, intereses comunes con la madre.

La edad en que comienza la encopresis secundaria no tiene importancia para el pronóstico. En estos casos, M. Kos lo considera como neurosis de carácter profundamente anclada, con fijación anal, estructura caracterial que podrá persistir aun desaparecida la encopresis.

En el estudio catamnésico de C. Launay y K. Lauzanne, de un total de 45 sujetos de 7 a 18 años, 13 eran encoprétricos todavía (en 7 casos se trataba de encopresis primaria y en 6 casos encopresis secundaria). Todos estos 13 niños habían sido hospitalizados a razón de la gravedad y la intensidad del síntoma. Los resultados inmediatos tras la hospitalización fueron satisfactorios y permanentes siempre que el ambiente familiar cooperaba en el tratamiento. Pero la encopresis reaparece frecuentemente e incluso con una constancia casi decepcionante cuando existe una carencia importante educativo-afectiva, cuando el medio familiar está perturbado y en caso de afectación intestinal asociada.

En un intento de analizar la estructura mental de los sujetos que habían dejado de ser encoprétricos, C. Launay y K. Lauzanne no constatan neurosis diferenciadas, pero señala que una característica de su personalidad es que el carácter está filtrado de rasgos "anales": la tendencia más o menos imperiosa a la propiedad, al orden y la perseveración, la indecisión, la tendencia a acumular, a coleccionar, a economizar, que en ocasiones roza la avaricia.

C. Kohler y A. Carel están de acuerdo con C. Launay cuando afirma que el pronóstico de la encopresis instalada es tanto más favorable cuanto más inteligente es el niño, cuando no hay trastornos de la maduración sensomotriz, cuando su medio familiar es homogéneo y la relación con el padre le proporciona pronto una imagen sólida y tranquilizadora que le haga superar la diada madre-hijo primitiva para desembocar en la relación triangular edípica.

VII. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la encopresis ha seguido dos rumbos. El primero, que se ha mostrado ineficaz, es una terapéutica con medicamentos o simplemente física, con

vistas a influir en el estreñimiento considerado como un trastorno primario, o en la tonicidad del esfínter.

La segunda forma es psicoterápica. Si el niño coopera parece ser que bastarán simples medidas psicológicas, incluyendo en dicha terapia a la familia. Cuando haya que resolver el conflicto subyacente se recurrirá a una psicoterapia de tipo analítico.

La acción terapéutica es bienhechora, cuando los padres llegan a ser capaces de relacionar el síntoma con el pensamiento de la familia más que con el niño exclusivamente (J. M. Hoag y cols.). J. R. Bemporad señala que de 17 pacientes en 6 la encopresis disminuyó rápidamente o se detuvo completamente cuando los padres vuelven al hogar o cuando han sido inducidos gracias a la terapia a pasar más tiempo con sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA¹

- Abraham, K. — Étude psychanalytique de la formation du caractère. En: *Œuvres complètes*, 2 314-343. Payot, edit., París, 1966.
- Alderton, H. R. — Imipramine in the treatment of nocturnal enuresis of childhood. *Canadian Psychiat. Assoc. J.*, 1965, 10/2, 141-151.
- Anderson, F. N. — The psychiatric aspects of enuresis. *Am. J. Dis. Child*, 1930, 40, 591-818.
- Anthony, E. J. — An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1957, 30, 146-175.
- Ayd, F. J. — Amitriptyline. Reappraisal after 6 years experience. *Dis. Nerv. Syst.*, 1965, 26/11, 719-727.
- Bakwin, H. y Bakwin, R. M. — *Clinical management of behaviour disorders in children*, 394-494. W. B. Saunders and Co., Filadelfia y Londres, 1966.
- *Bakwin, H. — Enuresis in children. *J. Pediatr.*, 1961, 58, 806-819.
- Bally, G. — *Von Ursprung und Grenzen der Freiheit*. B. Schwabe, Basilea, 1945.
- Bartoleschi, B. — Contributo allo studio dell'enuresi infantile. *Infanzia Anormale*, 1958, 27, 263-282.
- Bellman, M. — Studies on encopresis. *Acta Paediat. Scand.*, 1966, suppl. 170.
- Bemporad, J. R., Pfeifer, C. M., Gibbs, L., y Cortner, B. H. — Characteristics of encopretic patients and their families. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 272-292.
- Berg, I. y Jones, K. V. — Functional fecal incontinence in children. *Arch. Dis. Child*, 1964, 39, 465-472.
- Berge, A. — *Le facteur psychique dans l'énurésie*. Ed. du Seuil, París, 1946.
- Braestrup, P. W. — Contribution to a discussion on constipation and encopresis. En *Psychosomatic aspects of paediatrics*. Editado por Mc Keith, R., Sandler, J., Pergamon Press, Oxford-Londres, 1961.
- Breton, A., Dupuis, C. y Defrance, G. — L'énurésie. *Concours méd.*, 1958, 43, 4541-4552.
- Broughton, R. G. y Gastaut, H. — Études polygraphiques de l'énurésie nocturne. I. Résultats (séance Société Electroencéphalographique). II: Conclusion (véase Gastaut y Broughton). *Rev. neurol.*, 1963, 109, 246.
- Campbell, M. F. — A clinical study of persistent enuresis. *New York State J. Med.*, 1934, 34, 190.
- Cuendet, A. — Le reflux vésico-urétéral chez l'enfant. *Médecine et Hygiène*, 1968, 815, 261-264.
- Davis, W. y Havighurst, R. — Social class and color differences in child rearing. *Amer. Sociol. Rev.*, 1946, 11, 698-710.
- Despert, J. L. — Urinary control and enuresis. *Psychosom. Med.*, 1944, 6, 294-307.
- Ditman, K. S. y Blinn, K. A. — Sleep Levels in Enuresis. *Amer. J. Psychiat.*, 1955, 111, 913-920.
- Doumic, A. — Enurésie. *Journées pédiatriques de 1957*, 257-264.

1. La bibliografía sobre la enuresis es muy abundante. El lector encontrará más referencias en las obras señaladas con un asterisco.

Du Bois, C. — *The people of Alor*. Univ. Minnesota Press, Minneapolis, 1944.

Duché, D. J. — *L'Enurésie*. P.U.F., Paris, 1968.

Duhamel, J. y Ngo Quang Binh. — Demembrement de l'encopresie. *Vie méd.*, 1968, 49, 791-798.

Duhamel, J., Bensaid, F. y Koupernik, C. — A propos de 33 cas d'encopresie. *Arch. franç. Pédiat.*, 1957, 14, 1031.

Eller, H. — Ueber die enkopresis im Kindesalter. *Mshr. Kinderheilk.*, 1960, 108, 415.

Erikson, E. — *L'enfant et la société*. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel-Paris, 1959.

Gastaut, H. y otros. — *Le sommeil de nuit normal et pathologique*. Masson et Cie, edit., Paris, 1965.

Genouille, L. — *Incontinence d'urine*. Association française d'Urologie, 1908, 12.

Gerard, M. — Enuresis: a study in etiology. *Amer. J. Dis. Child.*, 1935, 49, 557.

Girardet, P., Piquet, A. y Frutiger, P. — Enuresis, incontinence d'urine et infection des voies urinaires. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 1967, 87, 257-267.

Glanzmann, E. — Zur Psychopathologie der Enkopresis. *Z. Kinderpsychiatrie*, 1934, 1, 69-76.

Grunberger, B. — Étude sur la relation objective anale. *Rev. franç. Psychanal.*, 1960, 26/2-3, 179-211.

*Hallgren, B. — Enuresis: a clinical and genetic study. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*, 1957, 32, suppl. 114.

Hamilton, G. V. — *A research in marriage*. Boni, Nueva York, 1929.

Hess, W. R. — *The functional organisation of the diencephalon*. Grune and Stratton, 1957.

Heuyer, G. y Roudinesco, J. — Les troubles de la motricité de l'enfant normal et anormal. *Arch. Méd. Enf.*, 1936, 39, 265-281.

Higgins, T. W., Williams, D. y Nash, D. F. E. — *The urology of childhood*. Butterworth, edit., Londres, 1951.

Hoag, J. M., Norriss, N., Himeno, E. T., y Jacobs, J. — The encopretic child and his family. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 242-256.

Huschka, M. — The child's response to coecive bowel training. *Psychosom. med.*, 1942, 4, 301.

Kaffman, M. — Enuresis among kibbutz children. *J. Med. Assoc. Israel*, 1962, 63, 251.

Kardiner, A. — *The individual and his society*. Columbia Univ. Press, Nueva York, 1939.

Klatskin, E. H. — Shifts in child care practices in three social classes. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1952, 22, 52-61.

Köhler, C. y Aimard, P. — L'encopresie, syndrome psychosomatique. A propos de 24 observations. *Pédiatrie*, 1963, 18, 909.

Köhler, C., y Carel, A. — L'encopresie: impasse ou labyrinthe? *Ann. méd.-psychol.*, 1971, 129, 2, 4, 497-508.

Kos, M. — Psychotherapeutische Möglichkeiten bei encopretischen Kindern. *Criança Portuguesa*, 1958, 17, 647-655.

Krasnogorsky, N. I. — *El cerebro infantil*. Editorial Psique, Buenos Aires, 1953.

Lacassie, R. — L'enuresie. *Presse méd.*, 1952, 60, 1714-1718.

Laguer, G., y Milliez, P. — La signification de l'enuresie. Sa valeur sémiologique en uro-néphrologie. *Méd. et Hyg.*, 1970, 908, 350-352.

Launay, Cl. y Fayol. — Traitement de l'enuresie "essentielle". *Rev. Prat.*, 1953, 3/27, 1955-1961.

Launay, C., y Lauzanne, K. — L'encopresie (enquête rétrospective sur 45 cas). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 9, 635-662.

Lauret, G. — Incontinence d'urine, enuresie. *E. M. C., deuxième enfance, appareil urinaire*, 1958, 26500 A10, 1-500.

Lepoutre, C. — Traitement de l'incontinence essentielle des urines par l'appareil aversif de Genouville. Études cliniques. En *Congrès Urologie de 1934*. Doin, edit., Paris, 1934.

Loperfido, E., Merini, A. y Ancona, A. — Contributo all'inquadramento clinico-diagnostico dell'encopresia infantile. *Psichiatria (Padua)*, 1967, 5, 201-227.

*Lovibond, S. H. — *Conditioning and enuresis*. Pergamon Press, Oxford, 1964.

Luquet, P. y Luquet-Parat, J. C. — Troubles des conduites excrémentielles. *Encyclopédie médico-chirurgicale (Psychiatrie)*, I, 37105, D. 10, 1-6 (1955).

McLellan, F. C. — *The neurogenic bladder*. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill, U.S.A. 1939.

Marfan, A. B. — La défécation involontaire des écoliers. *Presse méd.*, 1934, 42/1-2.

Masson, O. y Perrenoud, M. — L'encopresie. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 1966, 86, 253-259.

Mazzanti, L. y Bedogni, G. — L'encopresia. Considerazioni cliniche ed etiopatogenetiche. *Minerva Medicopsicologica*, 1965, 6, 274-290.

Merklen, P. — La débilite motrice dans ses rapports avec la débilite mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge. *Congrès des Méd. Alién. et Neurol. de Langue française de Nantes* (19 sesión), 405-429. Masson et Cie, edit., Paris, 1909.

Michaels, J. J., y Goodman, S. E. — Incidence and intercorrelations of enuresis and other neuropathic traits in so-called normal children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1934, 4, 79.

Muellner, S. R. — The physiology of micturition. *J. Urol.*, 1951, 65, 805.

Muellner, S. R. — Development of urinary control in children. *J.A.M.A.*, 1960, 172, 1256-1261.

Muellner, S. R. — Development of urinary control in children: a new concept in cause, prevention and treatment of primary enuresis. *J. Urol.*, 1960, 84, 714-716.

Nash, D. F. E. — The development of micturition control with special reference to enuresis. *Amer. Roy. Coll. Surg., England*, 1949, 5, 319-344.

Niedermeyer, K. y Parnitzke, K. H. — Die Enkopresis, Beobachtungen somatischer, pneumo-und elektroencephalographischer sowie psychischer Befunde. *Z. Kinderheilk.*, 1963, 87, 404-431.

Nourissier, M. Th. — Enquête sur l'éducation sphinctérienne. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1956, 4, 132-135.

Pierce, Cl. M. — Dream studies in enuresis research. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1963, 8, 415-419.

Postman, L. — On the problem of perceptual defense. *Psychol. Rev.*, 1953, 60, 298-306.

Poussaint, A. F., Koegler, R. R., y Riehl, J. L. — Enuresis, epilepsy, and the electroencephalogram. *Amer. J. Psychiat.*, 1967, 123, 1294-1295.

Poussaint, A. F., y Dittman, K. S. — A controlled study of imipramine (Tofranil) in the treatment of childhood enuresis. *J. Pediatrics*, 1965, 67, 289-290.

Reca, T. y Speier, A. — La representación del síntoma en los trastornos psicósomáticos. Observaciones sobre la representación de la enuresis. *Acta Neuropsiquiátrica Arg.*, 1959, 5, 272-285.

Reca, T. — Sobre la etiopatogenia y psicodinámica de la enuresis. *Archivos Arg. Pediatría*, 1958, 29/4, 171 y 24.

Richmond, J. B., Eddy, E. y Garrard, S. D. — The syndrome of faecal soiling and Megacolon. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1957, 27, 823.

Roberts, K. E. y Schoellkopf, J. A. — Eating, sleeping and elimination practices a group of two and one half year old children. *Amer. J. Dis. Child.*, 1951, 82, 144.

Roudinesco, J. — Enuresie et troubles moteurs. En *Atti del 4.º Congresso Internazionale di Pediatria. Acta Paediatrica*, 1937, 22.

Saint-Laurent, J., Batini, C., Broughton, R. y Gastaut, H. — Étude polygraphique de l'enuresie nocturne chez l'enfant épileptique. *Rev. Neurol.*, 1963, 108/2, 106-107.

Sallou, Ch. — L'enfant énéurétique. *Gaz. méd. France*, 1966, 2/1, 323-338.

Schachter, M. y Cotte, S. — Les enfants énéurétiques. *Z. Kinderpsychiat.*, 1941, 8, 102-112.

Schachter, M. — Les énéuries tardives des grands enfants. *Méd. et Hyg.*, 1972, 30, 1506-1509.

Schaper, G. — Hirnelektrische Untersuchungen bei 100 Enuretikern. *Z. Kinderheilk.*, 1955, 77, 141.

Sears, P. S. — Level of aspiration in relation to some variables of personality: clinical studies. *J. Soc.-Psychol.*, 1941, 14, 311-336.

*Soulé, M. y Soulé, N. — *L'enuresie, étude clinique, diagnostique et thérapeutique*. Editions Sociales Françaises, Paris, 1967.

Sullivan, H. S. — *Conception of modern psychiatry*. W. A. Withe Foundation, Washington, 1946.

Takayasu, H., Sato, S., Hirokawa, I., Shibuya, M. — Electroencephalographic findings in 140 enuretic patients. *Urol. Int. (Basilea)*, 1963, 15, 171-190.

Thompson, C. — *La psychanalyse; son évolution, ses développements*. Gallimard, Paris, 1956.

Turton, E. C. y Spear, A. B. — The E.E.G. findings in 100 cases of severe enuresis. *Arch. Dis. Child.*, 1953, 28, 316-320.

Valet, Cl. — Étude physiopathologique et E.E.G. de l'enuresie. *Thèse Nancy*, 1957.

Weber, A. y Genton, N. — Zur Frage der Enuresis. *Helv. Paediat. Acta*, 1958, 13, 275.

Weissenberg, S. — Ueber Enkopresis. *Z. Kinderpsychiat.*, 1926, 1, 69.

Whiting, J. W. y Child, I. L. — *Child training and personality*. Yale Univ. Press, New Haven, 1953.

Woodmansey, A. C. — Emotion and the motions: an inquiry into the causes prevention of functional disorders of defecation. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1967, 40, 207-223.

CAPÍTULO X

ORGANIZACIÓN Y DESORGANIZACIÓN DEL LENGUAJE INFANTIL

I. — PROBLEMAS GENERALES

No es nuestra intención tratar en este apartado el conjunto de los problemas y las doctrinas lingüísticas. Estos han sido expuestos en las obras de M. Leroy, B. Malmberg, M. Richelle, G. Mounin. Nos limitaremos aquí a una visión de conjunto.

Los comparativistas del siglo XIX se dedicaron sobre todo al estudio de la evolución y parentesco de las lenguas. F. de Saussure (lingüista suizo) opone a la lingüística diacrónica (evolutiva e histórica) la lingüística sincrónica, que estudia la constitución de la lengua, sus sonidos, palabras, gramática, reglas, etc., en el momento de la evolución. Para este autor, la lingüística tiene como único y verdadero objeto la lengua, considerada en sí misma y por sí misma, y teniendo en cuenta además que la lingüística sólo es una parte de una ciencia más general, más vasta y para la que propone el término "semiología".

La oposición de F. de Saussure entre "sincrónica" y "diacrónica" no es tan estricta como algunos desearían; así para E. Coseriu, la lengua funciona sincrónicamente y se constituye diacrónicamente. F. de Saussure distingue entre "lengua" y "habla". La lengua se refiere a un sistema abstracto, es decir, a un conjunto de reglas que determinan el empleo de los sonidos, de las formas y de los medios de expresión sintácticos y lexicales. El habla es la utilización concreta y singular de la lengua por un locutor determinado en un momento preciso, y se refiere a acontecimientos actualizados del discurso. La lengua está compuesta de signos o unidades lingüísticas que son una entidad de dos caras: el significante o imagen acústica (es decir, la huella psíquica del sonido y no el sonido propiamente) y el significado o concepto. Para este autor pues, el estudio del lenguaje comporta dos partes: una, esencial, tiene por objeto la lengua, que es social en su esencia e independiente del individuo; este abordaje es únicamente psíquico. La otra, secundaria, tiene por objeto el aspecto individual del lenguaje, es decir el habla, comprendida la fonación. Además admite, no obstante, que existe interdependencia de la lengua y del habla, siendo éste a la vez el instrumento y el producto de aquella.

En 1926 tuvo lugar el nacimiento de una nueva disciplina a la cual se otorgó el nombre de "fonología". Para N. S. Troubetzkoy, la fonética es la ciencia que se ocupa del aspecto material de los sonidos del lenguaje humano, mientras que la fonología sólo abarca los sonidos que cumplen una función determinada en la lengua. Si bien en principio los estudios de la fonología se referían a la lengua únicamente en su aspecto sincrónico, posteriormente la fonética y la fonología fueron considerados como "las dos facetas de una misma cosa".

Si, como señaló F. de Saussure, "la lengua es una forma y no una sustancia", L. Hjelmsley funda su teoría lingüística a la manera de los lógicos; tiende a sustraer la ciencia lingüística de toda apreciación subjetiva y se esfuerza por establecer una especie de álgebra del lenguaje, es decir, una

red de definiciones que formaría un sistema estructurado como una entidad autónoma de dependencias internas y la forma podrá ser reconocida y definida, únicamente en el terreno de la función.

Entre los autores que tuvieron una gran influencia sobre la lingüística americana, debe citarse a L. Bloomfield quien consideraba que el análisis lingüístico ganaría si se estudiaba por sí mismo, sin referencia a un sistema psicológico. Opone lo que él llama el "mentalismo" y el "mecanicismo". El "mentalismo" supone que los fenómenos puramente lingüísticos deben interpretarse y completarse en referencia a fenómenos psíquicos. El "mecanicismo", implica no recurrir a ninguna disciplina ajena al tema, se refiere a una descripción lingüística totalmente independiente y fundada únicamente en factores lingüísticos determinables y es el método más sólido. Posteriormente, su doctrina se basó en el conductismo, es decir, en las distintas formas de conducta humana considerada como el conjunto formado por una excitación o estímulo y una respuesta o acción que responde a este estímulo.

En 1950 nació la psicolingüística bajo el signo de la informática y Ch. Osgood y T. Sebeok formulan que la lingüística, en su sentido más amplio se ocupa de las relaciones entre los mensajes y las características de los seres humanos que las eligen y las interpretan. Se han realizado gran número de trabajos con esta perspectiva y se han introducido numerosos términos nuevos: "emisor", "receptor", "canal", "ruido", "cantidad de información", "codificación", "descodificación", etc.

Anteriormente a la corriente actual, numerosos psicólogos americanos, habían generalizado sus teorías del aprendizaje englobando la conducta verbal y admitían que los vínculos entre las palabras y su significado se reducían a vínculos de probabilidad determinados por la frecuencia de las asociaciones por el refuerzo. Fue en 1957 cuando B. F. Skinner propuso un análisis funcional de las conductas verbales, que consiste en una identificación de las variables que deben ser descritas en términos de nociones tales como estímulo, refuerzo, privación. Aunque se hicieron innumerables críticas a esta nueva forma de interpretación de B. F. Skinner, dichas críticas van dirigidas, según M. Richelle, la mayoría de las veces, únicamente a las formulaciones tradicionales de la noción estímulo-respuesta, que el mismo Skinner ha intentado superar. Este autor subraya las diferencias entre su teoría y los análisis formales del lenguaje, pero su abordaje del comportamiento verbal no excluye, de ningún modo, el abordaje lingüístico y mucho menos pretende sustituirlo.

N. Chomsky revolucionó la forma de concebir el lenguaje, negándose a abordar la lingüística sobre la base de una ciencia clasificadora, y rechazando el uso de los modelos probabilísticos, para explicar la estructura de las lenguas naturales, y reaccionando a su vez contra el conductismo de la psicología norteamericana y en particular contra el defendido por Skinner. Aplicó los métodos tradicionales de la lingüística estructural al estudio de la sintaxis y constató que cada lengua posee un número finito de fonemas y también, aunque muy elevado, de morfemas. Por el contrario, el número de frases de una lengua natural es infinito. En lugar de intentar la clasificación de los elementos mediante la utilización del conjunto de las operaciones sobre un cuerpo de enunciados, N. Chomsky afirma que la finalidad de la descripción lingüística debería ser la construcción de una teoría que abordara el número infinito de frases de una lengua natural. Según él, detrás de una "estructura superficial" que es lo único que ha interesado a los lingüistas, aparece "una estructura profunda" en la cual se traduce el aspecto creativo del pensamiento. La producción del lenguaje tiene lugar como si el locutor hubiese asimilado un cierto número de reglas convencionales; mientras que las estructuras profundas permiten una generalización y el esbozo de una gramática universal. La estructura profunda representa el substrato estructural abstracto que determina el contenido semántico del enunciado y que está presente en la mente cuando la frase es emitida o percibida. Podría ser muy bien, dice Chomsky, que una gramática se adquiriese simplemente mediante la diferenciación de los esquemas fijos innatos, más que por la adquisición progresiva de los datos, secuencias, encadenamientos y asociaciones nuevas. Las propiedades comunes a todas las lenguas son las *universales*, que están alojadas profundamente en el "dispositivo de adquisición del lenguaje" (LAD); podrían descubrirse reduciendo la extrema diversidad de las estructuras superficiales de las lenguas a un pequeño número de estructuras profundas. Pero, como ha señalado G. Mounin, unas veces Chomsky insiste sobre el hecho de que las estructuras profundas universales o casi universales reflejarían la universalidad de las relaciones extralingüísticas, es decir, que la semántica sería la parte más universal de las lenguas (universales sustanciales), y otras por el contra-

rio pone el acento sobre el hecho de que lo que sería universal en las lenguas, sería el funcionamiento del modelo transformacional que delimitaría las formas generales y comunes a todas las lenguas (universales formales). El concepto de transformación, que es el punto de partida de la lingüística chomskyana, nació de las dificultades propias de la lingüística distribucional de M. Bloomfield y Z. S. Harris. Según G. Mounin, N. Chomsky ha partido del concepto de transformación que le ha llevado al concepto de gramaticalidad, el cual hace necesario recurrir a la intuición del sujeto que habla, lo cual conduce al concepto de *competencia*; por otro lado, el concepto de transformación lleva a la distinción entre las estructuras superficiales y las profundas, y la existencia de éstas conduce a las universales sustanciales y formales, las cuales Chomsky, sólo ha podido explicarlas por la hipótesis de lo congénito. Según Chomsky, la diferencia fundamental entre su lingüística y las precedentes estriba en el hecho de que intenta conseguir por primera vez, no una lingüística general, sino una teoría lingüística rigurosamente construida en forma de modelos hipotetico deductivos, en el sentido que esta expresión posee para la Lógica y la Matemática. Para este autor, la "gramática" debe tener tres partes: una parte sintáctica que engendra y describe la estructura interna del número infinito de frases de una lengua, una parte fonológica que describe la estructura fónica de las frases engendradas por el componente sintáctico, y una parte semántica que describe la estructura de sus significados. El núcleo de la gramática es la sintaxis; la fonología y la semántica son puramente "interpretativas", en el sentido de que describen el sonido y el sentido de las frases producidas por la sintaxis, pero no engendran frases por sí mismas.

N. Chomsky opina que el niño tiene ya construida en su mente la forma del lenguaje antes de haber aprendido a hablar. Según él, el centro sintáctico de toda lengua es tan complejo y específico en su forma, tan diferente de otros tipos de conocimiento, que ningún niño podría aprenderlo a menos de tener ya programado en su cerebro "un perfecto conocimiento de la gramática universal". Los teóricos empiristas y conductistas del aprendizaje que conceden a la gramática su complejidad se enfrentan al siguiente dilema: o se apoyan únicamente sobre el mecanismo estímulo-respuesta, en cuyo caso no pueden explicar la adquisición de la gramática, o bien admiten que existen mecanismos innatos que posibilitan que el niño aprenda el lenguaje. Pero desde el momento en que los mecanismos son lo suficientemente ricos para explicar la complejidad y la especificidad de la gramática, el aspecto de estímulo-respuesta deja de ser interesante, ya que el único interés que aún conserva se refiere enteramente a la capacidad de desencadenar los mecanismos innatos, los cuales se convierten entonces, en elementos esenciales de la teoría del aprendizaje.

Numerosos autores se han unido al punto de vista de Chomsky. Así, desde el prisma psicológico G. Miller se alza energicamente contra el "reduccionismo" de la teoría del aprendizaje y D. McNeill defiende la noción de capacidad lingüística fundamental que debería manifestarse "como un reflejo lingüístico". Por su lado, J. Deese postula que el niño posee en su dotación innata un dispositivo equiparable a una teoría lingüística de un alto grado de complejidad. Pero se han formulado diversas interpretaciones a propósito de la noción de competencia y de rendimiento, a propósito de la gramática chomskyana, así como de lo metapsicológico del origen congénito del lenguaje.

Según N. Ruwet, la distinción entre competencia y rendimiento está muy próxima a la distinción clásica de F. Saussure entre lengua y habla. Para M. Richelle, lo que distingue la noción de competencia de Chomsky de la noción de lengua de F. de Saussure, es el hecho de que aquél pone el acento sobre la existencia de una entidad psicológica creadora en el sujeto que habla. La lengua es para F. de Saussure "un tesoro acumulado por la práctica del habla en el sujeto que pertenece a una misma comunidad y un sistema gramatical que existe virtualmente en cada cerebro". El sujeto es sólo el depositario de un sistema que le es externo y que se convierte en propio por la práctica del habla. M. Richelle afirma que hablar de competencia más que de lengua, es abordar el lenguaje como actividad, es introducirse sin ninguna duda en el problema de la psicología; como la competencia es una abstracción inferida y la psicología sólo puede observar actos de rendimiento, resulta muy difícil alcanzar por el análisis psicológico la coherencia propia del sistema formal.

Si bien es cierto que la teoría de Chomsky responde a una reacción contra el antipsicologismo o antimentalismo de la lingüística norteamericana, él adopta también, según M. Richelle, una posición radicalmente mentalista cuando no duda en identificar el aporte genético del organismo con una teoría de la gramática.

Según Chomsky la noción de competencia está claramente ligada a la de aspecto creador o

creatividad del lenguaje. Lo que llama aspecto creador del lenguaje, es la aptitud del sujeto hablante para engendrar un número indefinido de frases que nunca había escuchado con anterioridad. Es en este punto, dice G. Mounin, en el que la competencia diferiría de la lengua según F. de Saussure. De hecho, N. Chomsky distingue la creatividad gobernada por las reglas, que da prueba de la competencia, de la creatividad que viola las reglas; esta última, la única que describió F. de Saussure, da cuenta del rendimiento del habla. Como subraya G. Mounin, la lingüística de F. de Saussure no ignoró la creatividad gobernada por las reglas; a ésta la denominó productividad.

Según J. Searle, los seguidores de Chomsky, aun aceptando las críticas que este teórico lanza contra los antiguos estructuralistas, creen que no es la sintaxis la componente generadora de la teoría lingüística, sino la semántica. Para estos semánticos generativos, la gramática comienza por la descripción del sentido de una frase que engendra, a su vez las estructuras sintácticas, mediante la introducción de reglas sintácticas y léxicas. Para autores como J. Searle, toda tentativa que pretenda explicar el sentido de las frases debe tomar en consideración su papel en la comunicación y en la consecución de los actos del habla. Existe un conflicto entre dos concepciones del lenguaje y la consecución de los actos del habla. Existe un conflicto entre dos concepciones del lenguaje y la consecución de los actos del habla. Existe un conflicto entre dos concepciones del lenguaje y la consecución de los actos del habla. Existe un conflicto entre dos concepciones del lenguaje y la consecución de los actos del habla.

La lingüística es, según A. Martinet, una disciplina autónoma que no debe contentarse con una actitud descriptiva, ni simplemente estructuralista, que no se arriesgue a sobrepasar la descripción de los fenómenos observables; se decide por un "estructuralismo explicativo". Pero estos dos términos están demasiado cargados de afectividad; cada lengua dispondría de una orientación predominante, interna, sometida misteriosamente a algún "genio", y sustraída de este modo a la causalidad observable. Para este autor, a diferencia de lo que ocurre en Lógica o en Matemáticas, un modelo teórico en lingüística no puede ser totalmente hipotético-deductivo, en el sentido de que las hipótesis no pueden ser cualesquiera sino que están ya inspiradas en un conocimiento empírico de los hechos a los cuales conviene aplicar el sistema explicativo. Así, su hipótesis de la doble articulación es un hecho de observación y cuando utiliza el término "lengua" pasa un acto arbitrario y lo define de nuevo en función de esta observación, consigue construir un modelo empírico-deductivo.

La noción de N. Chomsky del "innatismo" del lenguaje, es parte de una doctrina que se sitúa en un plano más extenso, tanto desde el punto de vista filosófico como fisiológico. En efecto, si bien el conocimiento de la patología del adulto nos demuestra la existencia de zonas privilegiadas del cerebro cuya lesión produce trastornos del lenguaje, Pierre Marie negó el carácter innato de estos centros. Al igual que Monakow, opinamos que siempre debe hacerse una distinción entre localización de una función y localización de una lesión. Si en el adulto ciertas lesiones producen trastornos específicos, esto no quiere decir que las zonas sean congénitas. En efecto, estas zonas no son nada sin la organización comunicativa. Las alteraciones aferenciales y eferenciales, sensoriales o motoras, pueden alterar la organización del lenguaje, incluso cuando no existe lesión anatómica cerebral localizada; no existen centros preformados, sino preformas de organización que toman forma en el curso de la realización comunicativa; la dominancia hemisférica es mucho más lábil en el niño que en el adulto. Incluso aunque existe una organización cerebral perfecta y órganos periféricos bien ajustados, el lenguaje sólo podrá formarse a partir de la comunicación creativa.

Podemos decir, por lo tanto, que el lenguaje no es una función completa resultante de la actividad de un mecanismo innato. Es un modo de relación creado por la comunicación sobre la base de una organización cerebral preformada que hace posible su existencia. Por lo tanto, no negamos la importancia de la organización cerebral; es a partir de una cierta organización cerebral, más o menos localizada que se forma el lenguaje, haciéndose con su dinámica propia y por aprendizaje de un código impuesto.

Este tipo de noción nativista se opone tanto a la teoría del aprendizaje clásico como a las teorías constructivistas. M. Richelle, considera que Chomsky, al invocar las teorías "innatistas", vuelve a adoptar, aunque con otra denominación, las entidades mentales tan apreciadas por la

psicología de las facultades y está abocado al mismo callejón sin salida en el análisis de las conductas reales. Además, si la noción de competencia está estrechamente ligada a la de aspecto creador, es decir la aptitud del sujeto hablante de engendrar un número infinito de frases que antes nunca había oído, esto no es específico del lenguaje, ya que encontramos lo mismo en el desarrollo de las praxias o en el de la inteligencia.

D. Slobin, al hacer la crítica de D. McNeill quien defiende la teoría de la dotación innata, dice con gran acierto que el problema es determinar qué tipo de cosas deberían ser consideradas como "preprogramadas". D. McNeill afirma que el niño nace con un conjunto entero de universales lingüísticos y que, en cierto modo utiliza, este conjunto como una parrilla, a través de la cual filtra el lenguaje particular que oye. Es un "abordaje de contenido" al sistema de adquisición del lenguaje (LAD), mientras que D. Slobin defiende un "abordaje de proceso": opina que el niño ha nacido, no con un conjunto de categorías lingüísticas, sino con una especie de mecanismo de proceso —un grupo de procedimientos y de reglas de inferencia— que utiliza para tratar los datos lingüísticos. Estos mecanismos son tales, que aplicados a datos de informaciones aferentes, el niño consigue algo que es un miembro del grupo de las lenguas humanas. Los universales lingüísticos, pues, son el resultado de una competencia cognitiva innata más que el contenido de esta competencia.

Este problema ha sido estudiado por J. Piaget (*véase: Langage et intelligence*); H. Sinclair considera que existen más puntos comunes epistemológicos entre el estructuralismo transformacional de N. Chomsky y el estructuralismo genético de J. Piaget, que entre uno cualquiera de los dos y el conductismo.

II. — ORGANIZACIÓN DEL LENGUAJE INFANTIL

Los primeros estudios sobre el desarrollo del lenguaje infantil son estudios longitudinales de niños de un determinado nivel sociocultural, hijos de psicólogos o lingüistas —casos de A. Grégoire, W. F. Leopold, O. Bloch, etc.—; los investigadores posteriores han trabajado a mayor escala y con nuevos métodos.

— *Observaciones sistemáticas longitudinales*: R. Brown y C. Fraser, J. Eisenstein, A. Martinet, G. Mounin, Pichevin, etc.

— *Observaciones no sistemáticas en el niño*: M. Lewis.

— *Observaciones a nivel prelingüístico*: M. Shirley, O. C. Irwin, E. H. Lenneberg.

— *Investigaciones experimentales (estudios transversales)*: S. Ervin, J. Berko, P. Menyuk, D. Slobin, H. Sinclair, etc.

— *Estudios sobre la patología*: con sordos (H. C. Furth); con retrasados (E. Lenneberg), con afásicos, etc.

De hecho, cada una de estas investigaciones lleva la marca de una doctrina y la interpretación de los diferentes datos responde, con frecuencia, al método utilizado, valorándose las respuestas en relación con la componente teórica que implica el método en sí mismo. Frecuentemente llevan la marca de lo que estaba preconcebido y que la experimentación no hace más que confirmar. A menudo, las aportaciones se apoyan tan sólo en investigaciones fragmentarias que versan sobre el desarrollo de las adquisiciones de la articulación, el vocabulario, la extensión de las frases, el significado, etc. Unos se definen como lingüistas, otros como sociolingüistas.

A. — ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

Todos los autores coinciden en señalar en la adquisición del lenguaje por parte del niño dos etapas: la prelingüística y la lingüística o semiótica.

I. — PERÍODO PRELINGÜÍSTICO

Esta fase, también denominada preverbal, abarca los primeros diez meses de vida. Se distingue por una expresión bucofonatoria que de por sí apenas tiene valor comunicativo. Sabemos que, al nacer, el niño no reacciona sino ante ruidos muy fuertes y que no sabe buscar espacialmente el origen del ruido. Hasta los 2 meses no se girará hacia el lugar de donde procede la voz. En ese momento el grito no tiene valor de relación; progresivamente van apareciendo vagidos y chasquidos. Deberá pasar algún tiempo para que gritos y vagidos tengan valor de señal. Las madres emplean todo un contexto para dar un significado a la voz. Hacia los tres meses pueden distinguir lo que llaman "enfados", ocasionados por estímulos interoceptivos y exteroceptivos (I. Lézine). El niño comienza entonces a reaccionar ante los diferentes sonidos, de manera que hay ruidos que le hacen gritar. Como dice E. Lenneberg, a los 3 meses aparecen nuevas características acústicas en el habla: se inicia la modulación de resonancia, rico repertorio de altura en la modulación laríngea, buen control de la fonación de principio a fin, aun cuando la estructura de sus componentes esté mal definida y sin existir la resonancia de las vocales.

La fase de lambdacismo,¹ aparece hacia los tres o cuatro meses y se distingue por su fonación lúdica. Si bien inicialmente el lambdacismo es independiente de toda recepción auditiva, el niño irá aprendiendo progresivamente a reproducir los ruidos que percibe. Algunos autores relacionan la actividad motriz y las vocalizaciones, sin que baste la actividad motriz para desencadenarlas (M. M. Braun-Lamesch). En opinión de M. Shirley, las vocalizaciones disminuyen de frecuencia en el período de aprehensión de objetos, al aprender a mantenerse en pie e iniciar la marcha. C. Koupnik halla un valor comunicativo desde la más temprana edad. Las diversas vocalizaciones "negativas" y "gorgoteos" —*gurglings* positivos— de M. Lewis son un mensaje dirigido a la madre. Parece ser que, desde finales del primer mes, se da una capacidad de apreciación de la carga afectiva de la voz que, según P. H. Wolff, hace aparecer la sonrisa a partir de la tercera semana —según el mismo P. H. Wolff, el oír la voz hace sonreír antes que la vista de las personas—. El niño replica a la madre vocalizando, de forma que M. Lewis no vacila en afirmar que a los dos meses el niño "responde".

Respecto al valor funcional de la bucofonación en el período prelingüístico, parece razonable el análisis de E. Alarcos Llorach. Inicialmente es una simple reacción circular autónoma incorporada en fenómenos reflejos. Se autoentreteiene fundamentalmente por percepciones cinestésicas, y prueba de ello es su efímera existencia en el sordomudo. Rápidamente, al simple cierre de la curva de la reacción circular, cinestésica se viene a sumar el autoestímulo por el oído. El último, evidentemente, permite cambiar el propio mantenimiento de la fonación por la producción verbal de los padres del niño. Éste no tarda en advertir que tanto sus fonaciones como cual-

1. O lalación. Forma infantil del lenguaje, balbuceo. (N. del T.)

quier otra cosa que haga produce unas reacciones en torno suyo. Su producción verbal se desdoblará desde ese instante; por una parte, en forma de reacción circular, conservará su carácter de juego o ejercicio, autónomo o no. Por otra parte, como esquema sensoriomotor asimilador de reacciones ajenas, se torna intencional y desde el punto de vista comunicativo toma un valor de llamada.

Mucho se discute sobre la naturaleza y orden en la aparición de sonidos emitidos por el lactante de la fase prelingüística. Los clásicos estiman que aparecen antes y en mayor número las vocales que las consonantes. Las vocales son anteriores y más frecuentes, mientras que las consonantes posteriores, inicialmente son velares. Al menos esto es lo que dice O. C. Irwin: a los dos meses hay un 0,6% de consonantes bilabiales, contra un 11,5% de consonantes velares; a los seis meses, un 7,7% de bilabiales, frente a un 12,5% de velares; a los dos meses, un 72,7% de vocales anteriores frente a un 2% de vocales posteriores; a los seis meses, un 61% de vocales anteriores, frente a un 12,4% de vocales posteriores. Para E. Alarcos Llorach, que confirma lo que dicen A. Grégoire y R. Jakobson, por distinta que sea la comunidad lingüística en que se desenvuelva el niño, los primeros enunciados son articulaciones profundas de la cavidad bucal [a] [h r a] [j g ð] [k x ð], etc. Son difícilmente separables en partes más elementales, y forman una especie de bloques en los que ni siquiera la oposición entre consonante y vocal queda clara. El niño no tarda en descubrir la infinita gama de posibilidades de los órganos de fonación, independientemente del modelo fónico de la lengua hablada a su alrededor. El autor atribuye al adultomorfismo de los investigadores las distinciones concretas entre fonemas en dicho estadio. "En realidad —dice—, funcionalmente considerado, no se trata de vocales ni consonantes, y desde el punto de vista articulatorio son más bien combinaciones casi simultáneas de lo que en fonética se ha dado en llamar vocal-consonante."

Vemos el matiz que separa ambos campos. Los clásicos, atrincherados con los modelos fonémicos del habla de los adultos, no dudan en identificarlos con el balbuceo del recién nacido. Los estructuralistas, conscientes de que, de todos modos, tales emisiones verbales carecen de valor fonológico funcional, no aceptan la existencia de rasgos distintivos que, en su opinión, tan sólo se dan en el plano de la articulación y, por consiguiente, sin razón aparente. El clínico ve una contradicción ya conocida; sabe que el niño en el momento de nacer posee ya prácticamente todos los automatismos del movimiento —de la marcha concretamente—, aunque sin valor funcional. Pero parece que su aprendizaje, sin entrenamiento especial, requiere su desaparición. No se superponen, pues, rigurosamente los automatismos no funcionales a los auténticos movimientos de la marcha, que se adquirirán más tarde. Sin embargo, no hay duda de que en ambas actividades coexisten los mismos sistemas funcionales. Y es probable que otro tanto ocurra con los pseudofonemas del período prelingüístico y con los fonemas del lenguaje.

II. — PERÍODO LINGÜÍSTICO

Pasada la fase de 9 a 12 meses de ecolalia (ecoísmo, en término de O. Jespersen), las primeras palabras aparecen entre los 12 y 15 meses; con anterioridad hay fenómenos que para el adulto se asemejan a una palabra de la propia lengua y que hacen referencia a situaciones, actos y personas, conjuntos de palabras del tipo "mamá", "papá", "dada", "tata", sistema rudimentario producido por oposición entre las consonantes *b-p*, *m-b*, *t-d*, etc., que comportan un principio de significado todavía no demasiado fluido. En dichas producciones estereotipadas, las emisiones aparente-

mente silábicas parecen poseer un carácter global difícilmente separable en fonemas. El niño tiende a contrastar rítmicamente vocal y consonante mediante una alternancia más o menos completa de abertura y cierre de la cavidad bucal. Y lo que verdaderamente tiende a darles su fijeza y un sentido relativamente estable es la explotación por parte de los adultos de las primeras emisiones de voz relativamente constantes. Algunos autores aceptan que hay una continuidad entre producciones espontáneas del período prelingüístico e imitación de los modelos sonoros de la lengua materna y de la aparición de palabras, mientras que otros creen que existe una discontinuidad total entre las primeras vocalizaciones o farfulleos y la emisión de fonemas del repertorio lingüístico. Es cierto que en un momento dado el repertorio de sonidos infantiles se restringe sensiblemente y que muchas veces habrá de volver a aprender sonidos que antes había emitido normalmente al aprender a vocalizar, pasando dichos sonidos a constituirse en fonemas, o partes de palabras de la lengua materna. Para quienes sostienen las últimas tesis, las variadísimas emisiones del período prelingüístico son ejercicios articulatorios que se desarrollan en el plano fonético, mientras que en el período lingüístico comienza la adquisición de fonemas propiamente dichos en el plano fonológico. En otras palabras, el niño aprende a distinguir y realizar las oposiciones distintivas que confieren a los fonemas su valor funcional. Por otro lado, no aprende tanto los fonemas como los rasgos pertinentes que oponen unos a otros. Los más fáciles son, como es natural, los más contrastados, y de ahí la afirmación de R. Jakobson: "La relativa facilidad de un fonema, su temprana adquisición, no es sino su claro y evidente contraste con los restantes fonemas." Así, para E. Alarcos Llorach, el rasgo diferenciado que primero se percibe es la oposición —unida a la abertura y cierre de la boca— entre consonantes y vocales, único fenómeno en directa continuidad con el período prelingüístico. Los rasgos distintivos posteriores se irán diferenciando progresivamente a partir de ambas especies de archifonemas, consonántico y vocálico. El primer rasgo en relación con las consonantes será la oposición entre bilabial y lingual; *p* y *b* sustituyen a todas las bilabiales todavía indiferenciadas (*p b f v m*) y *t* y *d* a todas las linguales. En cuanto a las vocales, lo más temprano es la oposición entre la *a* máximamente abierta y la *i* con abertura mínima. Pero no vamos a entrar en detalles en cuanto a la adquisición y afinamiento de rasgos distintivos que, combinados, producen la diferenciación y realización de todos los fonemas de la lengua. Basta con anotar que la oposición entre el desarrollo fonético prelingüístico y aprendizaje fonológico de la segunda articulación da cuenta suficientemente bien de los bruscos cambios de frecuencia en los diversos fonemas de estudios clásicos como el de O. C. Irwin. A los 6 meses, el 7,6% de las consonantes bilabiales, el 22,9% a los 12 meses y el 8,4% de consonantes velares a los 6 meses, frente al 6,3% a los 12 meses.

Al comenzar el período lingüístico parece como si el niño empezara a aprender los signos de la lengua antes de poder expresarlos, pero se trata de una comprensión general; las unidades significativas adquieren parte de su valor de la situación extralingüística, de la entonación y la melodía de la emisión verbal.

Desde el punto de vista semiótico, el lenguaje pasará por dos períodos: el período de locución y el período delocutivo.

En el período locutorio el niño usa las mismas palabras para diversas situaciones, y a la inversa, muchas palabras de diversos significados para una misma situación. Se logra un importantísimo progreso en el momento en que el niño llega a evocar verbalmente diversos objetos —situaciones o personas ausentes— y responder con palabras a otras palabras, mientras que hasta ese momento había estado respon-

diendo a acciones con palabras y a palabras con acciones. De este modo la lengua se libera de su contexto situacional y trasciende la acción presente. La evocación se basa en significantes formados por secuencias fonológicas de la lengua en curso de adquisición, en imágenes, gestos y objetos simbólicos. Las palabras evocadoras tienen el rasgo común de ser significantes distintos de los significados. Durante esta fase —hacia el año y medio— aparece una función esencial para la evolución de su lenguaje, su conocimiento y su afectividad posteriores, a la que los lingüistas dan el nombre de "función semiótica". Con ella se pueden evocar significantes que sustituyen a los significados. No se trata de una simple respuesta a un estímulo: lo específico de la unión entre significantes y significado es el resultado de una progresiva elaboración. En el terreno del significado de las palabras hay múltiples ejemplos de que no se trata de una simple adquisición de nuevos términos sino de una serie total de extensiones y restricciones semánticas. La aparición de cada nueva palabra produce cambios en el vocabulario existente por ser un sistema elaborado activamente por el niño, y no una especie de lista de palabras aprendidas de una en una. Inicialmente, el vocabulario parece aumentar con bastante lentitud, pero de 2 a 8 años lo hace rápidamente, volviendo seguidamente a ser más lento hasta la madurez. Las adquisiciones en el campo del vocabulario van acompañadas de otro cambio en la estructura de la frase. En el momento en que se combinan ya dos o tres palabras puede hablarse de estructuración de la frase, comprobándose la presencia de clases de palabras y de reglas para combinaciones elementales (S. Ervin y W. Miller, R. Brown y C. Fraser), pero a medida que crece el niño se modifica su sistema, pasando de un sistema a otro con cambios progresivos (S. Ervin), lo que a los autores mencionados les permite establecer "gramáticas" para niños de dicha edad (2,6-3). Hay toda una floración de frases construidas en torno a la palabra "pivote", como dicen los autores, que permite construir frases progresivamente más fáciles y basadas en estos esquemas. En las primeras adquisiciones se advierte ya la interrelación entre vocabulario, morfología y sintaxis, y el niño irá adquiriendo progresivamente la mayor parte de estructuras habituales, uniendo múltiples estructuras inicialmente limitadas, con progresiva diferenciación semántica y morfológica.

El período delocutivo corresponde a la adquisición y empleo diferenciado de los elementos de la frase. El niño emplea palabra-frases antes de llegar a unir las palabras en la relación sujeto-predicado; el juicio de acción se transforma en juicio de comprobación, al tiempo que aparece una rudimentaria sintaxis mediante la función recursiva por categorías y concatenación. La longitud de la frase es una de las señales más seguras —aunque también de las más superficiales— del desarrollo. Entre los 2 y los 3 años la unión de palabras dobla su longitud, y a los 5 años es fácil señalar 10 palabras por frase.

De los 5 a los 6 años el niño ha adquirido un bagaje verbal tal que hay quien considera que tan sólo le falta aumentar su vocabulario. Según P. Menyuk, a dicha edad posee ya todas las estructuras de frases sencillas y los cambios corrientes —frases interrogativas, pasivas, de relativo, etc.—. Le falta un buen trecho hasta que su lenguaje se convierta en un auténtico instrumento del pensamiento y un adecuado medio de comunicación empleado conscientemente, hasta llegar a la plena conceptualización. Todavía no sabe manejar su lenguaje en función de su interlocutor; la toma de conciencia de los esquemas lingüísticos que sabe manejar correctamente como estructura y significado son posteriores. Según H. Sinclair, E. Ferreiro, existe una estrecha correspondencia entre las conductas verbales y las

fases del desarrollo cognoscitivo. Si bien las restantes manifestaciones de la función semiótica —especialmente la imagen mental— siguen siendo antes que nada soporte del pensamiento, la lengua se libera por completo de lo real y de lo presente al final de su evolución. Por la forma en que se combina puede convertirse en un eficaz instrumento del pensamiento, y no tanto como estructura impuesta por el exterior sino como progresiva y activa estructuración en la que lo individual y lo social van inextricablemente unidos.

III. — EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA

El niño comienza a leer al alcanzar cierto grado de madurez; la fase de la lectura sobreviene una vez formada la capacidad de hablar, de expresarse y de comprender. La lectura es una nueva forma de comprensión verbal que tiende a liberarse de las primitivas formas verboorales. La lectura es percepción de símbolos gráficos con valor significativo. Al igual que en la percepción ordinaria, la percepción léxica pasa por fases de incapacidad de fijarse o adherirse al objeto, que en este caso son las letras. El campo de percepción gráfica no es de libre elección; está sometido a reglas de dirección, seriación y separación en un estrecho espacio. Por esa razón las reglas generales de percepción objetiva —exploración y fijación— toman un aspecto particular. Por lo demás, la regla general del orden de las palabras se entremezcla con las del fenómeno perceptivo. La lectura no es ni un simple conocimiento de signos aislados ni comprensión de significados conocidos. Las letras no sólo tienen valor de objetos, sino que, por su abstracción, están fuera del mundo comprensivo y vivo. Las letras en sí tienen escaso valor de imagen y son poco fantasmáticas. En el terreno de la percepción no se diferencian sino por reducción a valores abstractos. Las palabras, por el contrario, poseen fisonomía propia, valor imaginativo en relación con los objetos, un significado que nos es más próximo; nos permiten confrontar nuestros datos lingüísticos, los objetos y las representaciones escritas. El conocimiento de las letras parece estar más cerca del aprendizaje perceptivo de los datos nuevos y abstractos y el conocimiento de las palabras más cerca del plano de los significados lingüísticos, pero la lectura de una frase supone ya una exploración de conjunto, un ir y venir, recomponiendo los diversos fragmentos. La lectura se torna fácil cuando, al mirar, se reconocen y comprenden las frases, cuando las proposiciones se adivinan, se confirman y se afirman. La lectura, dice H. Delacroix, es un simbolismo de segundo grado que se convierte en símbolo directo. En algunos, la lectura tarda en dejar de ser verbalización de palabras-objetos. Palabras y frases se convierten en conceptos una vez verbalizadas, conceptualizándose lo percibido tras un inicio de movimiento. Muchas veces, mientras la palabra no se expresa, carece de sentido e incluso de viabilidad expresiva. La facilidad de lectura no sólo depende de factores de conocimiento, sino de la diferenciación de letras, algunas de las cuales tienen un valor por la posición de determinados elementos en el espacio, por un orden de términos y frases. Pero la lectura es movimiento en un espacio, en un sentido concreto, en una especial orientación.

Lo escrito es una lengua convertida en percepción visual y una percepción que inicialmente hace pensar en simples signos y finalmente en palabras que a su vez hablan de cosas y acciones. Tras estas metamorfosis se transforma en objeto de sí mismo. Por lo demás, si bien la lengua hablada nos envuelve, los escritos permanecen, la palabra dada se confirma por escrito; el lenguaje escrito es más coercitivo que el simplemente oral.

La lengua oral nos viene dada en el diálogo; la escrita nos llega mediante distinto aprendizaje. Con razón se ha dicho que lectura y escritura son para el niño los primeros actos concretos y el aspecto oficial de la adaptación a la sociedad, la primera imposición por su pertenencia a la sociedad; imposición que al niño le puede parecer una limitación de la libertad de su mundo lúdico y de ideas (E. Loperfido y G. Savarino).

En este sentido, para C. Langevin, el descifrar correctamente lo que se lee, supone:

— Un conocimiento previo y un perfecto reconocimiento del código y demás combinaciones válidas para descifrar una lengua que, a su vez, permita identificar unidades significativas.

— Conocimiento previo y comprensión *in actu lexico* de relaciones significativas entre signifi-
ficante y significado.

— El conocimiento previo y la comprensión *in actu lexico* de las leyes mediante las que se combinan los significantes y de las implicaciones que tienen o pueden tener en su significado concreto y relativo.

— El conocimiento previo, la comprensión y respeto *in actu lexico* de los límites iniciales y finales de conjuntos y subconjuntos significativos en un todo significado.

Un signo gráfico se transforma en signifiante de un significado por referencia a un sistema de significación anterior y preestablecido que en el hablante es el habla, con sus dos campos de percepción reproductiva e interpretativa, su "recodificación" y su "descodificación", sus conductos, útiles, instrumentos y órganos receptores y su forma de expresarse e interpretar. Según este autor, en la lengua escrita, en el plano de la articulación inicial, las unidades con pleno sentido por sí mismas son las palabras, forma definida espacialmente por una letra inicial a la izquierda y otra letra final a la derecha —salvo en palabras de una sola letra—, mientras que las unidades distintivas "que forman la segunda articulación" son los trazados gráficos, una o varias letras a la vez, que la lengua oral traduce en sonidos o más bien en fonemas. La dificultad de la lengua escrita es la relación grafema-fonema y la homonimia sonora u ortográfica de la lengua, especialmente de la lengua francesa.

Las catexias del lenguaje oral y del escrito son completamente diferentes e incluso la apetencia es distinta: ¿apetencia por el conocimiento? ¿placer por el conocimiento? Hay que confesar que la aparición de dibujos animados ha podido crear una cierta inapetencia por la lectura y que la televisión está a punto de crear una nueva cultura audiovisual en la que la lectura ocupa poco lugar.

B. — LENGUAJE E INTELIGENCIA

El lenguaje se presenta organizado con una lógica interna; con A. R. Luria (y siguiendo a L. S. Vigotski) podemos describir las diversas etapas propias del progresivo desarrollo de la acción reguladora del lenguaje, insistiendo en la función de regularización y abstracción del lenguaje, mediante la cual se forman sistemas de reacción ante los atributos abstractos. Gracias al lenguaje, el estímulo no se reduce a una simple señal en el hombre, sino que equivale a un elemento informador de carácter general. Las reacciones no dependerán de las cualidades físicas del estimulante, sino del sistema del que viene formando parte. El lenguaje, que refleja la realidad objetiva, influye directamente en la formación de los actos humanos más complejos. J. Piaget y B. Inhelder han defendido que el lenguaje es condición necesaria, aunque insuficiente para la formación de estructuras de clases y relaciones. En opinión de J. Piaget, la formación del pensamiento y la adquisición de la palabra suponen la representación, sin que en el primero de estos dos procesos haya que ver un simple resultado causal del segundo, ya que ambos se dan juntamente en un proceso todavía más general, el de la constitución de la función simbólica. Evidentemente, al estar formada la lengua por un conjunto de símbolos y signos, se facilita y acelera la representación simbólica. No es menos cierto que siendo la lengua causa y efecto de la socialización, contribuye a la formación y estabilización de los sistemas comunicativos que son los conceptos, mas si la lengua cumple una necesaria función en la terminación de los sistemas conceptuales, no parece ser factor suficiente para dar paso a operaciones constitutivas de las clases lógicas. Podemos admitir, con L. S. Vigotski, que "la estructura del lenguaje no es espejo de la estructura del pensamiento; que el pensamiento no se expresa exclusivamente mediante la palabra, aunque en ella encuentra su realidad y su forma". Sabemos que los sordomudos —P. Oléron,

F. Affolter y H. Furth—, los disfasicos —J. de Ajuriaguerra y otros— tienen la posibilidad de realizar las operaciones fundamentales, clasificación, seriación, etc., aunque puede resultarles difícil llegar al estadio formal. La conclusión a que podemos llegar es que la lengua abre un campo de posibilidades, cuya adquisición es una afirmación del mundo de los objetos, una autoafirmación frente a ellos. Pero —como dice J. Piaget— la operatividad, al enriquecerse en su desarrollo por la aportación de la lengua, será, en principio, una especie de “lógica de acción” trascendente a la lengua, para pasar seguidamente a una lógica formal cuyo desarrollo también trasciende a la lengua.

Con razón, J. Piaget se levanta contra la existencia de “ideas innatas” así como contra la aprobación sin reserva, por J. Monod, de la idea de “núcleo fijo innato”, cuya existencia postula N. Chomsky en la base de sus gramáticas transformacionales. Ciertamente, dice J. Piaget, existe un “centro” cortical del lenguaje y la capacidad de aprender una lengua está ligada a las propiedades hereditarias de la especie humana, pero se limita a abrir posibilidades y en su realización nada impone la necesidad de una “estructura” lingüística innata. H. Sinclair apunta que tanto desde un punto de vista ontogenético como filogenético, el lenguaje es posterior a la inteligencia; así, dice, parecería natural explicar la existencia de los “universales” lingüísticos a partir de la de los “universales” cognitivos, y no *viceversa*.

Pero esto sólo aleja los problemas o crea nuevos. E. Ferreiro considera que no se trata de reducir el lenguaje al pensamiento, sino de que dentro del marco de una teoría genética de las actividades cognitivas, ambos deriven de la organización general de las acciones, por muy elementales que sean en su comienzo. Se sabe, por Piaget, que el período de organización sensoriomotriz es necesario para que tenga lugar la función semiótica, de la que el lenguaje es tan sólo una manifestación entre otras. H. Sinclair intenta desarrollar esta idea y su hipótesis es que los universales lingüísticos se construyen durante este período sin que su carácter de universalidad implique que necesariamente lo innato, como tampoco lo exigen en absoluto los universales cognitivos.

D. McNeill distingue entre rasgos universales lingüísticos débiles y fuertes: los débiles tienen su origen necesario y suficiente en un rasgo universal de la cognición, por el contrario, los fuertes exigen necesariamente una capacidad estrictamente lingüística. Como indica M. Richelle, en esta teoría, los rasgos universales esencialmente lingüísticos no se oponen claramente a los otros por algún atributo distintivo de clase, sino únicamente según un criterio de intensidad fuerte por oposición a débil. La utilización misma de este término y de la dimensión que designa hace presentir la dificultad de trazar el límite entre las dos categorías.

Los problemas del bilingüismo. — Un problema interesante (que se ha hecho confuso por actitudes apasionadas sobre todo en los países de minorías lingüísticas) es el de la evolución del pensamiento en sujetos que utilizan desde pequeñas lenguas diferentes. M. Seeman, siguiendo los trabajos de los autores opuestos al bilingüismo, admite que los niños que fueron educados desde su infancia en dos lenguas muestran una inferioridad visible y una capacidad lingüística disminuida. E. Pichon es de la misma opinión y considera que la adquisición de dos lenguas es nefasta por el hecho de que el niño se encuentra entre dos sistemas de pensamientos diferentes y corre el riesgo de adularse uno y otro, privándose de su originalidad; de hecho, los sistemas idiomáticos que intenta dominar simultáneamente se adulteran, recíprocamente. Pero esta no es la opinión de A. Tabouret-Keller, quien considera que el bilingüismo es favorable cuando las condiciones de su realización se adaptan a las necesidades del niño y a sus posibilidades y se integran en un marco de educación normal, dicho de otro modo, cuando el bilingüismo es general y por este hecho los problemas particulares de toda la educación están reunidos en su lugar. W. Penfield reconoce las extraordinarias

aptitudes del niño para el aprendizaje de las lenguas y la facilidad de los niños para adquirir, incluso sin darse cuenta, las unidades lingüísticas de lenguas diferentes, así como sus posibilidades de utilizar con facilidad, con personas diferentes, las distintas lenguas así adquiridas. No por ello es necesario aceptar la existencia de otra área cortical responsable de la lengua secundaria adquirida pues, de hecho, si las dos lenguas han sido adquiridas en una edad precoz, la expresión de una y otra lengua se efectúa automáticamente, no sólo por un cierto tipo de clisé, sino más ampliamente, por un cierto modo de pensar frente al interlocutor. W. E. Lambert admite, con razón, que los bilingües que han aprendido sus dos lenguas en un solo contexto han desarrollado un sistema bilingüe “compuesto” en el cual los símbolos de las dos lenguas funcionan como alternativas intercambiables, esencialmente con los mismos significados. Un sistema “coordinado” se desarrollaría cuando los contextos de la adquisición de la lengua están separados cultural, temporal o funcionalmente. Así, los bilingües “coordinados” por oposición a los “compuestos”, pueden aparentemente mantener sus dos lenguas más independientes funcionalmente. En este sentido pueden ser ayudados por el hecho de que tienen en sus dos lenguas, valores connotativos distintos para los equivalentes traducidos. Según este autor, es probable que los bilingües que han aprendido sus lenguas de una forma coordinada perderán más fácilmente el uso de una de las dos lenguas cuando se vuelven afásicos, mientras que los bilingües “compuestos” muestran un déficit más general que afecta a las dos lenguas. Nos parece que cuando un niño normal vive de una manera natural en un contexto bilingüe, no existen problemas particulares de lenguaje. Desde el punto de vista de la organización del pensamiento, incluso diríamos que el hecho de saber que un objeto es igual a sí mismo a pesar del empleo de distintas denominaciones no hará más que afirmar su realidad.

Pero el problema no es tan simple, pues será diferente según que los padres utilicen bien las dos lenguas o utilicen mal una de ellas y precisamente aquella que se utiliza en el medio escolar. El lenguaje escolar, más gramatical, no se calca completamente sobre el esquema del lenguaje familiar y tanto más cuando este lenguaje es pobremente utilizado en el marco familiar. Del mismo modo, el problema se complicará cuando el lenguaje utilizado en la vida corriente sea un dialecto o un “patois” cuyas raíces son las mismas que las del lenguaje escolar, que es en este caso el lenguaje de la lectura y que será sentido como forzado y menos espontáneo. Huelga decir que cuando existe un retraso de lenguaje, el bilingüismo no favorece las condiciones de la reeducación; en este caso, debemos interesarnos por fortalecer el conocimiento de una de las dos lenguas. Es cierto, igualmente, que la catexia de las lenguas y su utilización dependen del valor que los padres les concedan y de las diversas formas en que el niño las utiliza afectivamente.

C. — LENGUAJE, ALTERIDAD Y AFECTIVIDAD

E. Pichon opina que el niño habla porque “ansía” la lengua. Asimila el sistema psicopsicológico que es el idioma gracias a su inherente capacidad de adquisición y a su ansia de comprensión. En la lengua, aparte su función ordenadora y realizadora, hay que distinguir una “función apetitiva”. Función apetitiva que tendrá diversos sentidos: necesidad de hablar, complacencia personal, necesidad de expresarse o de abrir un diálogo, o de plantear el problema más general de la catexis del lenguaje.

¿Qué importancia tiene la función apetitiva en las diversas etapas del desarrollo del lenguaje?

En el período de balbuceo —lalación—, parece tener una función especial, confundiendo la satisfacción de balbucear y las que produce subsiguientemente. La acción rítmicomecóica y estereotipada puede ser inducida por un tercero en el marco de la capacidad infantil de emitir sonidos, lo que significa que el niño empieza por responder a lo que ha oído con un sonido cualquiera, “mas cuando el sonido que emite equivale más o menos al sonido escuchado, la serie de intercambios fonéticos se convierte en una serie de hallazgos fonéticos” (A. Ombredanne). Pasará de una

ecofonía más o menos vaga, dentro de sus posibilidades y en constante repetición, a una ecolalia en que —sin integrarlos en su sentido estricto— asimilará los sonidos emitidos por otra persona. Es un hallazgo de señales que se convertirán en índices mediante los sucesivos momentos de relación. La primera condición para la transformación de vocalizaciones radica, en opinión de Ph. Malrieu, en la audición de los propios sonidos: vocalizar le produce al niño un determinado placer normalmente equivalente al de los ejercicios motores y al de los espectáculos. Las vocalizaciones no sólo están bajo el control de las consiguientes sensaciones auditivas, sino bajo el control de los otros. Así, como se ha podido decir que a fuerza de hablar el niño adivina que se trata de signos porque el sistema fonemático dibuja el significado “en vacío”, para Ph. Malrieu, también en las relaciones del yo con el otro, el otro es una realidad modelable según los deseos del niño, a quien le bastará aprender a ajustarse a ella. Entre los 6 y los 10 meses se da el hallazgo de una propiedad del otro, condición indispensable para el paso de la ecopraxia a la imitación intencional y al afán de comprensión e información. No olvidemos que la fase que va de los 6 a los 10 meses es fundamental en la organización infantil, como ha señalado R. Spitz.

Sabemos que la comprensión del habla es anterior a la aparición de la primera palabra, aun cuando esencialmente se trate de signos-Gestalt o índices sin otro valor que su contexto. Antes de transformarse en auténticos signos, los sonidos-frase no poseen aún valor nominativo, sino un valor general preespecífico y momentáneo.

Según E. Pichon:

— En el período de locución, “cada palabra emitida corresponde a una emoción, es la reacción ante un hecho nuevo, originado por la toma de conciencia ante una necesidad o una emoción, o por la visión de un objeto exterior interesante”.

— En el período delocutivo —prediscursivo—, al llegar a los veinte meses, la lengua se torna objetiva y alocéntrica, pero el niño sigue contemplándose en tercera persona.

— El período en que la lengua está formada se caracteriza por la aparición de los pronombres yo-me-mí.

Antes de aparecer el “yo”, dice J. Piaget, “el niño (...) aún no ha comprendido que la representación de sí mismo es diferente de la que puede tener de los demás”. Emplear o no el pronombre de primera persona está, en opinión de H. Wallon, en estrecha relación con el sentimiento de la personalidad. O. Decroly indica que hay cierta fluctuación y que durante unas semanas o meses el pronombre “yo” aparece en frases de afectividad muy marcada, mientras que el nombre propio lo sigue empleando en tranquilas expresiones constatativas.

El estudio de la lengua infantil nos hace ver que se realiza por etapas sucesivas y que sólo puede ser así. Desde el primer momento hallamos niveles estructurales, y los sucesivos niveles se entrelazan entre sí. Se sincroniza consigo mismo cada nivel, pero el encajamiento tiene carácter diacrónico.

Así y todo, la lengua se forma partiendo de cierto grado de maduración y mediante el aprendizaje de la relación comunicativa. Admitiendo —con los actuales teóricos de la información— que el lenguaje pone en juego un mensaje y los cuatro elementos que le son propios —emisor, receptor, tema del mensaje y código empleado—, a nosotros se nos plantea a diario el mismo problema que al niño a lo largo de su desarrollo con respecto a lo que se refiere con los dos primeros elementos. Efectivamente, emisor y receptor habrán de acomodarse, al código de cada cual para llegar al “sistema articulado en que todo se mantiene, todo es solidario y cada elemento se valora por posición estructural” (F. de Saussure), para lo cual se requiere una disponibilidad en el diálogo. Lo que define el simbolismo lingüístico para

el hombre “es el ser aprendido, que coexiste con la adquisición del mundo y la inteligencia, con los que acaba uniéndose. Lo principal de estos símbolos y de su sintaxis no se separan —para él— de sus cosas y de su experiencia adquirida” (E. Benveniste). Por consiguiente, parece difícil deslindar en la lengua el hecho de que coexistan a un tiempo evolución cognoscitiva y afectiva. Por otra parte, es peligroso aislar una función apetitiva y otra ordenadora. Hay que poner en un orden el mensaje, mas la forma la adquiere al realizarse en sucesivas evoluciones con respecto a un código. Hay relaciones válidas, entre niño y adulto, antes de que la lengua esté ya formada por existir aparte de ella un código comunicativo con sus propias reglas y con un contexto que posee gran importancia en la organización de la lengua. El niño, por vivir en un mundo de hablantes, asimila el lenguaje, lenguaje que, al mismo tiempo, le viene impuesto de fuera y que mediante un código determinado le abre el mundo de la relación.

En la fase de balbuceo hay en el niño una erotización de los órganos bucofonatorios; posteriormente, cuando se trata ya de transmitir, se situará en una catexis afectiva de lo que se diga y oiga decir. Lo que se dice entra ya en la fase ecológica, se convierte en intercambio en la fase delocutiva y en intercambio-compromiso al formarse el lenguaje propiamente. Los fonemas, por el hecho de ser comprendidos por los demás en el arbitrario juego de las relaciones paterno-filiales, pueden cargarse afectivamente con el valor que el niño les confiera o con las reacciones a que den lugar. Con ciertas limitaciones, la palabra-frase conserva sus exigencias. Su interés radica en que, con sus diversas concepciones posibles, éstas no están indefinidas y su generalización tiene unos límites que la encuadran en el marco de la acción o de las satisfacciones. En la anterior fase de comprensión globalizadora lo aprehendido depende esencialmente de la situación. Con una situación y una tonalidad dadas, una frase de valor represivo podrá parecer permisiva o afirmativa en función de la forma de la melodía rítmica. Tanto es así que en el juego de contradicciones padres-hijo, los padres suelen hacer uso de dicha ambivalencia al hablarle al pequeño.

Comunicar implica una motivación, una relación afectiva con el interlocutor. Aunque el lenguaje tiene su propia estructura, sólo se crea mediante la relación, y el acto del habla es una actividad de complicidad entre el destinador y el destinatario. “Aprender a hablar, dice F. Rostand, es aprender a desempeñar una serie de papeles, es asumir una serie de conductas”. El lenguaje se enriquece por la relación y se afirma por la realización. Sin tomar partido aquí sobre el problema de los “niños lobo”, señalaremos que se ha demostrado, fuera de toda hipótesis patogénica, que estos niños sin habla pueden adquirir un lenguaje a partir del momento en que aumentan las estimulaciones apropiadas. Por otro lado, los ejemplos de hospitalismo o de “niños sin familia” muestran cómo retrasa la evolución del lenguaje por ausencia de aportes externos. Encontramos igualmente estados deficitarios por defecto de aporte lingüístico: defecto cuantitativo por desinterés o por falta de apetencia por parte de los padres o del niño; defecto cualitativo por razones de nivel o de formación.

La distorsión del lenguaje que proviene de los mecanismos particulares de la relación es patente en los gemelos. En efecto, se observa en algunos de ellos, un retraso del desarrollo del lenguaje, pero también un tipo de lenguaje particular, llamado por unos “lenguaje autónomo” y por otros “criptofasia gemelar”, que es incomprensible para el entorno. Hemos de indicar que también hemos encontrado fenómenos equivalentes en las situaciones pseudo-gemelares formadas por dos niños que a pesar de tener una diferencia de edad mantenían entre ellos unas relaciones de tipo simbiótico.

El lenguaje forma parte del entorno del niño, permite el inicio de la relación con él desde una edad precoz, aunque sólo sea por el sonido y la tonalidad; forma parte de los intercambios; tiene un valor no sólo por lo que aporta, sino también por el contexto afectivo en el que se desarrolla; los miembros más decisivos del ambiente del niño son aquellos que además de hablar a su alrededor, le hablan a él y mucho más aquellos que además de hablarle ocupan un puesto capital en su universo asegurando la satisfacción de sus necesidades. G. Wyatt, convencido por la experiencia clínica de la importancia de estos factores en el origen de numerosos trastornos del lenguaje, clasifica a las madres en tres categorías: las que pecan por defecto, las que lo hacen por exceso y las que se sitúan en un nivel óptimo en relación con el niño para favorecer su progresión. La madre que ofrece un excelente modelo verbal al niño articula con claridad, usa frases cortas y simples apropiadas a la edad y al desarrollo del niño, emplea palabras y frases que se corresponden estrechamente con las del niño, le enseña palabras nuevas, diferenciaciones entre objeto y concepto próximo, le proporciona un *feedback* verbal específico e inmediato, todo ello en un clima de encantamiento recíproco.

Un cierto número de autores se han dedicado al estudio del manejo del lenguaje o de tipos de lenguaje según los medios socioeconómicos. Así, B. Bernstein distingue dos tipos de lenguaje: la clase trabajadora dispondría solamente de "un lenguaje público" caracterizado por una proporción elevada de órdenes, de afirmaciones o preguntas simples que utilizan un simbolismo descriptivo tangible, concreto, visual y de generalidad débil, poniendo el acento más sobre las implicaciones emotivas que sobre las lógicas. La clase media dispondría de este "lenguaje público", pero además de un "lenguaje formal", rico en clasificaciones, implicando el uso de operaciones lógicas avanzadas y en las cuales los medios no verbales de expresión ocupan un segundo lugar. En trabajos posteriores este autor distingue dos códigos lingüísticos: un código "elaborado" y un código "restringido" que son empleados desigualmente por las diferentes clases sociales. Así, el retraso del desarrollo de los niños socialmente desfavorecidos podría ser un retraso culturalmente suscitado, transmitido al niño por el código lingüístico que simboliza su pertenencia social.

D. Lawton considera que es falso creer que lo que caracteriza el lenguaje de las clases medias sea el código elaborado, mientras que los niños de las clases menos favorecidas estarían confinados al código restringido. Lo que diferencia a estos dos grupos de niños es la aptitud más o menos grande para "cambiar el código", para pasar de un tipo de organización del mensaje a otro tipo de organización. Este autor, considera peligroso en extremo el proceder a generalizaciones sobre el código utilizado por niños procedentes de medios sociales diferentes a partir de una sola situación de comunicación. Si ciertamente subsisten diferencias en una "situación pedagógicamente estructurada", esta diferencia no se debe al hecho de que los utilizadores recurran a dos códigos radicalmente distintos; sino que reside en la aptitud más o menos grande para utilizar el código elaborado, pero frente a una pregunta abstracta, todo el grupo manifiesta una tendencia a aumentar el número de proposiciones subordinadas y de construcción más compleja. Para B. Lawton, no conviene imponer un lenguaje (el lenguaje de la escuela por oposición al lenguaje espontáneo), por el contrario conviene partir del nivel real de los niños para permitirles acceder a formas más apropiadas de expresión. En consecuencia, para ellos, no es cuestión de un "buen" o "mal" lenguaje, ya que el lenguaje de la clase obrera es portador de una experiencia específica y es esencial para el educador que mantenga el vínculo entre el lenguaje y la experiencia; pero también es un obstáculo para el enriquecimiento de la experiencia y por ello es legítimo que el educador facilite el acceso del niño a un

lenguaje apropiado que permita un análisis más selecto de situaciones y explicitar las articulaciones más complejas del pensamiento. Como indica M. Brossard, estos estudios sobrepasan ampliamente el problema puramente teórico, ponen en tela de juicio a la pedagogía en sí misma y el papel desempeñado por la escuela en la orientación de los niños. Así, el fracaso de la enseñanza frente a las resistencias de un niño "a hablar de otro modo" será interpretada como una inaptitud por la enseñanza teórica y el niño será orientado hacia estudios "más concretos". Inversamente, la actitud pedagógica que consistiría en valorar incondicionalmente el lenguaje espontáneo del niño, conduciría a fin de cuentas a "dejar estar" las diferencias sociales en lugar de combatirlas.

En el comienzo de su desarrollo el niño se somete al habla que proviene de otro y goza de la que él expresa, habla que actúa a su vez luego sobre el otro. En el estadio de locución, el lenguaje es acción, el niño recibe los impactos y envía demandas. La acción, como el habla, confirma el mundo de los objetos. El habla confiere al objeto su valor. La palabra y la frase tienen una realidad distinta a la del mundo visible; expresan este mundo en su ausencia, evocan y permiten un intercambio sin su presencia real, pero como dice M. Merleau-Ponty, "la palabra, lejos de ser simplemente el signo de los objetos y de los significados, habita las cosas y vehiculiza las significaciones".

En conjunto, los lingüistas están de acuerdo con F. de Saussure cuando dice: "las ideas o materias fónicas que existen en un signo importan menos que lo que existe alrededor de él y de los otros signos", y con R. Jakobson cuando admite que el lenguaje humano está fundado sobre oposiciones caracterizadas a su vez por ciertos rasgos distintivos que se combinan de diversas maneras para formar unidades funcionales; pero existe en estas manifestaciones un punto de vista formal en el cual lo que se dice y lo que se quiere decir se confunden. L. Bloomfield señala la oposición entre la denotación de un término como definición objetiva de este término, válido para todos los locutores, y la connotación como conjunto de valores subjetivos ligados a este término y variable según los locutores. Hasta cierto punto el término de connotación se refiere a los valores emotivos y afectivos del lenguaje y responde a los aspectos afectivos del lenguaje según Charles Bally, autor que separa los aspectos intelectuales. Cualesquiera que sean las críticas que puedan hacerse a estos términos, como dice G. Mounin, "que se les llame connotación o no, que se les considere más bien acción del pragmatismo o de la estilística de la semántica, que se considere o no que se incorporan a la significación o que se añaden, existen muchos "valores particulares" del lenguaje que informan al auditor acerca del locutor, de su personalidad, grupo social, su origen geográfico, su estado psicológico, en el momento del enunciado". La importancia de lo que se llamaba los valores suplementarios o de información adicional, o valores evocadores, es capital en el desarrollo del lenguaje infantil, al igual que su calor connotativo. El enunciado "situación", el enunciado "evocación" tienen valores limitativos, pero también una gran importancia en la comunicación padres-niño y son traducibles por ellos, sino comunicables para todos. El lenguaje mal formulado por el niño es comprendido por la madre; por este hecho abre la comunicación en el plano general, al mismo tiempo que individualiza sus relaciones con el niño.

En el período de imitación, la palabra no sólo "es", sino que también es dada y vivida. El aprendizaje y la identificación van unidas en la medida en que la palabra sirve para comunicar con otro. Este otro, por la vía del lenguaje, impregna el habla de características lingüísticas y de características de comunicación que sobrepasan la semántica.

La organización del lenguaje depende de la dotación de base y de los componentes pulsional y relacional. La dotación de base comprende los sistemas fonoarticulatorios y los mecanismos cerebrales del lenguaje (todavía inmaduros en el nacimiento) cuya maduración ocurrirá a su tiempo, pero cuya organización depende de los factores provenientes del exterior, es decir del lenguaje de otro. El lenguaje se organiza en relación con la pulsión relacional y con la receptividad de los padres que son su objeto. Hasta cierto punto esta pulsión es de carácter endógeno y depende en parte de la dotación general del individuo, pero es remodelada por las respuestas del entorno. Es evidente que cuando la pulsión de la relación es débil y se encuentra frente a un entorno pasivo, el lenguaje se desarrollará tardíamente, cuando la pulsión es fuerte y el entorno donante, el lenguaje puede encontrar en su expresión su satisfacción, mientras que cuando las pulsiones son fuertes y el entorno no donante, las exigencias no se satisfacen, el niño puede sentirse frustrado y adoptar una actitud de retirada y hostilidad, puede también encontrar sus satisfacciones fuera del lenguaje en la acción y la manipulación. Así es como pueden crearse fijaciones y diferencias entre la realización del lenguaje y su comprensión.

La importancia del investimento del lenguaje no se muestra solo en el tabú de ciertas palabras, en los lapsus o en los olvidos, como mostró S. Freud, sino también, según él, en la construcción del lenguaje. No debe olvidarse que el otro está siempre presente en el desarrollo del lenguaje, incluso en su formulación. El acto del habla se dirige a otro e implica un compromiso en la relación. Vulgarizado, pierde su fuerza de contacto; personalizado, puede devenir en origen de adhesión pasiva, de agresión, de alineación, de libertad. A medida que el lenguaje se desarrolla, el sujeto se descubre frente a otro o descubre en el diálogo sus problemas personales. Como dice E. Amado Lévy-Valensi: "La intención escondida será proyectada sobre el otro, y el diálogo se alineará en la medida en que el sujeto, creyendo dialogar con el otro, se dirigirá a esta otra parte de sí mismo que desconoce y que proyecta sobre otro." Al dirigirse al otro, el sujeto se reconoce o se descubre por el eco de su propia voz y encuentra explicitado en su lenguaje tanto lo que está implícito en lo que dice, como en lo que podría ser respondido. El discurso raramente es lineal, el sujeto disipándose introduce transformaciones; las correcciones que introduce (perífrasis o parafrases) no están siempre en relación con una necesidad de perfección del lenguaje, sino con una intención de anulación o de agresión. El lenguaje no está hecho solamente para recibir o dar, sino también para amar y devorar. Esto es demostrativo en extremo en la persistencia del lenguaje "bebé" o en el mutismo que, a veces, es un superlenguaje, ya que abre la vía a medios de comunicación extremadamente diversificados y a modos de relación particulares en los cuales el silencioso es espectador y el otro se desvela para saber por qué él habla. "No existe habla sin respuesta, incluso si sólo halla silencio, mientras existe un auditor." (J. Lacan).

Pero en el niño, el lenguaje puede igualmente ofrecer, fuera de su contenido, un inicio de comunicación en el sentido amplio del término; un exceso de lenguaje, en el curso de fases de ansiedad, puede ser el camuflaje de lo que al niño le pasa realmente o lo que cubre un silencio angustioso; mientras habla no se compromete en el pensamiento.

El mensaje, en sí, tiene cualidades formales que le son propias, pero el que lo envía y el que lo recibe no son necesariamente personas intercambiables. El campo de la expresión y el campo de la comprensión presentan características particulares. El niño se sumerge en el lenguaje sonoro de una forma más o menos pasiva, sin sentirse necesariamente concernido por todo lo que se dice; cuando se expresa, se dirige a alguien e inicia un diálogo, e incluso en el monólogo está el otro presente.

I. Fonagy nos ha abierto tal vez una nueva vía en el estudio sobre las bases pulsionales de la fonación. Según este autor, actitudes como la cólera y la ternura se declaran, y se revelan sólo por la voz, por la mímica proyectiva de la entonación. Admite, con F. Trojean, dos comportamientos fonatorios en las actitudes emotivas sonoras: "habla de fuerza" y "habla protectora". Según I. Fonagy, en el curso de una regresión momentánea como la cólera, o cualquier emoción, la articulación se "endurece", los elementos obstructivos se prolongan en un estallido de cólera. Esta remotivación está ligada a una regresión estructural y funcional que conduce la comunicación verbal al estadio de la comunicación gestual prelingüística o incluso al estadio precomunicativo lúdico que corresponde, en la ontogénesis, a la charlatanería. Una interpretación psicoanalítica sugiere que una actitud regresiva acentuará, en cualquier lengua, el esqueleto rítmico de la frase, reforzará los acentos, disminuirá la melodía, simplificará el esquema melódico, abreviará la duración de las vocales y prolongará la de las consonantes obstructivas, introducirá pausas frecuentes y a menudo irregulares; las emociones revelan su contenido, se explican, se interpretan por la expresión sonora, se manifiestan bajo la forma de una ejecución dramática.

La lectura es un terreno especial. Las letras son signos abstractos que en el aprendizaje son raramente investidos afectivamente, salvo en la lectura labial, pues con sólo pronunciarlas ya nos pertenecen, para pasar a distanciarse de nosotros con la evolución. El aprendizaje de la lectura comporta cierto carácter obsesivo por las reglas que lleva a ellas. Estas reglas disminuyen la libertad y la acción lúdica hasta ese momento existente, y cuya libertad sería un obstáculo para aprender. Siendo una acción social impuesta, se la considera represiva si el niño, ligeramente ansioso, no sabe llegar a término y fracasa.

La escritura, acción gráfica, es una reducción de la grafía expresiva, imitación de la expresión viva o mediante la que se expresa lo imaginario. Lectura y escritura tienen valor de diálogo una vez ya aprendidas. El sujeto carga toda su energía o su pasividad en el aprendizaje, mucho más que en la función en sí. El rechazo o la aceptación se refiere más bien al aprendizaje que a la función del lenguaje que constituyen la lectura y la ortografía.

Numerosos autores han hecho interpretaciones a propósito de las letras después del soneto de las Vocales de Rimbaud, quien les asignó un color. Algunos ven un simbolismo sexual; Víctor Hugo atribuyó una figuración arquitectónica a las diferentes letras del alfabeto; R. Barthe atribuye a la letra "z" un valor de desviación, el de la castración. J. Lascault admite, a través de la obra de Aragón y la de Leiris, que el carácter convencional de la letra como significante funciona como una llamada a la proyección. Por nuestra parte, creemos que, en el conjunto, las letras por su abstracción están la mayoría de veces fuera del mundo comprensivo y vivo, y que tienen en sí poco valor para la imaginación y la fantasía. Estamos lejos de creer en la generalización que podría hacerse de la interpretación de Melanie Klein a propósito de la letra "i" representando el pene, interpretación que habría mostrado la asociación entre las dificultades escolares, configuración de la letra y gestos que permiten trazarla. Si algunas palabras se presentan como prohibidas, o como tentaciones, si ciertos lapsus pueden tener valores de sustitución e inconscientes, creemos no obstante que estamos lejos de los problemas generales que presenta el aprendizaje de la lectura. Esto no impide que la fantasía pueda existir y tomar valores particulares en ciertos niños, y en particular en los psicóticos.

III. — TRASTORNOS DEL LENGUAJE INFANTIL

Los trastornos del lenguaje infantil pueden ser de origen diverso: por malformación, lesional o funcional. Su patogenia suele ser compleja, intrincándose, a veces, los síndromes y siendo patogénicamente interdependientes. La desorganización suele desbordar el campo lingüístico, pudiendo hablarse de personas mal-hablañtes. Otras veces los errores de lenguaje son expresión de una personalidad perturbada.

Pueden persistir ciertos tipos organizativos con un condicionamiento, automatizándose al margen de factores causales que han dado origen a las perturbaciones. Ciertos estados deficitarios pueden superarse y manifestarse mediante otra sintomatología (p. ej., la disortografía, normalmente asociada a una dislexia).

A. — TRASTORNOS DE ETIOLOGÍA CONOCIDA (ESPECIALMENTE SENSORIALES Y MOTORES)

I. — TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN

Estos trastornos, con diferente origen —déficit anatómico, sensorial, motor o funcional—, se distinguen por la deformación de los fonemas, remplazados o suprimidos, según se halle deformado su punto de articulación.

También los trastornos de percepción auditiva pueden ocasionar una inadecuada discriminación de las características propias de cada fonema, dificultando la articulación. Aunque, más que de trastornos articulatorios o fonéticos, habría que hablar de trastornos fonémicos o fonemáticos. Si bien tales distinciones son relativamente fáciles en el adulto, en el niño, por estar su habla en evolución, son mucho más delicadas. Ciertas dificultades motoras de ejecución pueden ir unidas a un déficit práctico. De estas dificultades más o menos benignas hay que distinguir los trastornos de realización motora, en relación con una lesión del sistema nervioso y que se ha podido considerar como trastornos de tipo parético, distónico o disinérgico.

II. — TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR DEFICIENCIA DE AUDICIÓN

En opinión de M. Morley, las características del trastorno en el habla se definen por la gravedad de la hipoacusia: cuando la falta de oído es grave no hay lenguaje, o muy escasamente; cuando es parcial pero extenso se da un retraso, que variará en grados, con mala articulación. Para C. Launay y cols., en los trastornos auditivos se señalan tres tipos de deficiencias que podrían afectar las consonantes de menos precisión, dependiendo su carácter lábil de su naturaleza poco audible (ejemplo: *l y r*); las consonantes menos visibles que se señalan por simple control audiomotor (*k y g*) fuera de toda posible ayuda visual; y las consonantes más semejantes en la escala de sonidos (confusión de *s y z, f y v*).

Por su parte, J. C. Lafon señala insistentemente que no sólo hay que valorar el umbral auditivo, sino la capacidad de filtrar la palabra que tiene el niño sordo. "La

complejidad de los problemas de la información fonética, simplemente a nivel del oído, depende tanto de la estructura acústica como del significado de los mensajes".

En los sordos reeducados hallamos una especial tonalidad de voz y la tendencia a formular frases cortas; es difícil establecer un cuadro general, ya que depende del tipo y la calidad de la reeducación.

III. — TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR LESIONES CEREBRALES EVIDENTES

Las lesiones cerebrales extensas pueden originar, junto con una incapacidad comunicativa, defectos de lenguaje. En la idiotez, el lenguaje es nulo; en trastornos como la imbecilidad y la debilidad mental también observamos una pobreza de vocabulario, defectos sintácticos y discursivos, normalmente acompañados de defectos articulatorios (véase capítulo XVII).

En casos de *enfermedad motora cerebral*, hallamos trastornos del lenguaje en el 50 o 70% de los casos.

F. Mundler cita la clasificación de M. A. Perlstein, quien señala cuatro formas clínicas: disartria, por lesiones motoras y de los músculos de la fonación, su origen más frecuente; dislalia, trastorno funcional simple que cubre el retraso del habla, el lenguaje "infantil" y la tartamudez, y que, en opinión de ese autor, es indicio de un bajo coeficiente intelectual o de falta de maduración afectiva; la afasia, en su sentido más amplio, y las disartrias producidas por defectuosa audición. Por su parte, F. Mundler propone una clasificación en tres grupos: 1) el simple retraso, como consecuencia de una debilidad mental o como efecto secundario de la superprotección materna; 2) los trastornos consecutivos a la sordera; 3) los trastornos consecutivos a los trastornos neurológicos.

Antes de analizar los trastornos de lenguaje en el I. M. C., hay que hacer balance de la organización general que lo acompaña, a saber: la insuficiencia mental, que tan frecuentemente le va unida; los trastornos auditivos (examinados según los métodos del Peep-Show-Box, mediante el audiograma fonético de S. Borel-Maisonny, por el método verbotonar de P. Gubérina, etc.), prácticamente constantes en la secuela de la ictericia nuclear y muy frecuentes en los atetósicos; las lesiones de los músculos bucofonatorios, hipotónicos, hipertónicos o discinéticos; los trastornos de lateralidad que pueden ser consecuencia de la afectación cortical.

Contando con la importancia de las "áreas cerebrales de la lengua", que en el adulto tienen asiento en el hemisferio izquierdo, algunos se han dedicado a hacer estudios comparativos de los trastornos del lenguaje tras la lateralización de las lesiones en un hemisferio. Algunos autores han descrito afasias congénitas —denominación inadecuada, a nuestro entender— por lesión en el hemisferio izquierdo. Pero estos casos son raros en la literatura y van acompañados normalmente de deficiencias intelectuales, siendo difícil afirmar que no haya lesión bilateral o, además, dificultades de índole afectiva. Los estudios comparativos de hemipléjicos diestros y hemipléjicos zurdos de casi todos los autores (L. Moor, J. McFie) no revelan deficiencias que sean función de localización lesional hemisférica, mientras que para J. C. Chennama, disfasias, dislexias, disgrafías o disortografías son más frecuentes en hemipléjicos diestros.

Por nuestra parte, a los trastornos del lenguaje en los I. M. C. les damos el nombre de "*trastornos de integración del lenguaje*"; no hablamos de afasia del niño, sino cuando existe una pérdida de la función del habla en un niño que anterior-

mente hablaba con normalidad —caso en que algunos hablan de afasia adquirida—. El mismo S. Freud distingue ya en su estudio de la parálisis cerebral infantil al establecer las siguientes distinciones: afasia auténtica, o trastorno en la facultad de hablar, anteriormente adquirida, y retraso en el desarrollo del habla en quien todavía no ha adquirido dicha función.

La afasia "adquirida" es vista como algo excepcional. E. Guttmann (1942) y A. F. Branco-Lefèvre (1950) y nosotros mismos en 1958, hemos señalado afasias infantiles postraumáticas o tumorales de las siguientes características: reducción de la expresión verbal oral y especialmente escrita; muy frecuentes trastornos al hablar y, en menor grado, en la comprensión; evolución esencialmente favorable si la lesión no es evolutiva. Tras estudiar 32 casos de niños en edad escolar con afasia "adquirida", F. Nocton señala igualmente la reducción de la expresión verbal, con frecuentes trastornos articulatorios; comprensión oral raramente perturbada; frecuentes casos de alexia, con equivocaciones en la escritura; antes de un año, la mayor parte de estos niños han recobrado la lengua corriente normal, tanto hablada como escrita, aun cuando los resultados no son tan claramente favorables en el orden escolar. Las lesiones relativamente limitadas localizadas en el asiento de la subsilviana producen errores menos importantes que las lesiones que interesan la región temporoparietal o temporal posterior.

Según R. Collignon y cols., la recuperación es especialmente rápida: los trastornos de la comprensión verbal y los trastornos expresivos desaparecen primeramente, de forma más o menos paralela; la lectura se recupera, por lo general, un poco más tarde; por el contrario, los trastornos de la escritura parecen más duraderos y la recuperación puede incluso ser incompleta.

Desde el punto de vista del pronóstico, E. H. Lenneberg admite que si el trauma o la agresión cerebral acontece antes de los 3 años, la recuperación es completa y muy rápida, mientras que si la afasia aparece entre los 11 y 14 años, la recuperación no es tan fácil como en el niño más joven. Esto puede explicarse desde el punto de vista de maduración, ya que en efecto, existe un rápido crecimiento durante los dos primeros años de la vida, al cual sucede un período en que la maduración progresa mucho más lentamente antes de que aparezcan, hacia los 14 años, las características del cerebro adulto.

B. — TRASTORNOS DE ETIOLOGÍA DIVERSA Y MAL DEFINIDA

I. — EL RETRASO DE LA PALABRA

Afecta fundamentalmente al significante, al igual que los errores de articulación. Pero, al revés de éstos, que frecuentemente subsisten en estado "puro", es decir, sin dificultad en el habla, el retraso de la palabra suele asociarse a un retraso del lenguaje, es decir, en cuanto al significado, o, hablando con mayor propiedad, retraso lingüístico. Hay que distinguirlo como categoría aparte, fácilmente circunscrito. Frente a lo que ocurre con los trastornos del lenguaje, no se puede distinguir carácter específico alguno: el retraso de la palabra está perfectamente claro. Se manifiesta por alteraciones que el niño somete al material fonético de la lengua hablada o, preferentemente, como ya hemos indicado, por aproximaciones fonéticas. Dichas aproximaciones y alteraciones son sobradamente conocidas, observadas ya en la evolución his-

tórica de una lengua, fenómeno de asimilación, desasimilación, intervención, metátesis, supresión de consonantes, caída de una sílaba final, etc. (véase, p. ej., P. Fouchet, 1952, Klincksieck, ed.), y que los ortofonistas señalan igualmente en el habla retrasada.

II. — EL RETRASO DE LA EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE

a) Retraso simple del lenguaje. — Existen niños que presentan un retraso simple del lenguaje, que sólo consiste en un retraso homogéneo en la aparición del lenguaje, retraso a veces familiar, a menudo considerado como inmaduro. Cuando existe un retraso afectivo, la articulación y la tonalidad se modifican, conservan un aspecto pueril, pero sin distorsión particular.

El retraso simple del lenguaje aislado por C. Launay responde a los trastornos de la evolución del lenguaje por los cuales la familia se preocupa normalmente a partir de la edad de tres años ya sea la progresión rápida o lenta, el niño puede conservar durante largo tiempo un lenguaje infantil. Hacia la edad de 5 años, la gran mayoría de los pequeños retrasados en el lenguaje parecen haber adquirido el lenguaje normal, pero no siempre es así ya que, a veces, las dificultades de discriminación fonémica perturban la organización verbal que es imperfecta; estos hechos forman la transición con las disfasias. La noción de retraso simple es puramente empírica pero, para Launay, es no obstante necesaria ya que recubre la mayoría de los casos de retraso del lenguaje.

b) Audiomudez, disfasias. — Trastornos poco usuales de la evolución del lenguaje han sido descritos bajo apelaciones diferentes: "audiomudez" (Brugnig), término utilizado después por numerosos autores y por nosotros mismos, "trastornos graves de la elaboración del lenguaje" (C. Launay y S. Borel-Maisonny), "afasia congénita" (C. Valenti y cols.). Hemos preferido reunir el conjunto de estos trastornos graves bajo el cuadro de "disfasias".

Se designa habitualmente bajo el nombre de "mudos con audición", a niños que no adquieren el lenguaje, sin que exista ningún trastorno de la inteligencia o de la audición que justifique dicha anomalía. Por analogía con la afasia del adulto, es habitual clasificarlos en dos grupos: los afectos de alalia o audiomudez análoga a la afasia motriz; y los que padecen sordera verbal congénita.

Por los trabajos que nos da cuenta la literatura médica y por nuestras observaciones personales con nuestro equipo del hospital Henri-Rousselle de París, hemos señalado la imposibilidad de mantener la antigua distinción entre audiomutismo expresivo y sordera verbal congénita. Sobre la base del estudio de la desorganización del lenguaje y los trastornos extralingüísticos que lleva asociados, hemos podido distinguir tres grandes formas clínicas:

Audiomutismo dispráxico: el lenguaje se altera profundamente, la articulación es imprecisa, las palabras salen deformadas, el vocabulario es pobre y el discurso agramático, la comprensión de las palabras relativamente normal, el nivel intelectual por debajo de la edad real, pero fundamentalmente con logros muy dispersos, con una estructura espacial muy alterada y un ritmo profundamente perturbado. En todos estos niños la audición es normal.

Audiomutismo con prevalencia de trastornos de la organización temporal: se asemeja a la anterior, pero en este caso las posibilidades de abstracción por estructu-

ración espacial parecen mantenerse, mientras que las pruebas de ritmo dan resultados nulos.

Audiomutismo con problemas complejos de percepción auditiva: a los niños les es sumamente difícil percibir en la organización fonémica el valor semántico de los signos sonoros; su indiferencia a los mensajes acústicos puede hacerlos pasar por niños hipoacúsicos o autísticos. S. Borel-Maisonny ve en ellos una curva en U con pérdida en la parte media de la curva en las pruebas del audiograma fonético. Parecen vivir inmersos en un mundo sonoro que no llega a tomar formas significativas. Todos tienen una actitud afectiva frente al mundo sonoro, actitud activa de defensa y rechazo a un tiempo. Suelen ser niños ansiosos, fóbicos y a veces pasivos. Algunos de ellos se organizan en la adolescencia en forma psicótica.

En un plano más amplio, hemos tratado de profundizar en las características intelectuales y afectivas de los *niños disfásicos*, juntamente con el equipo del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra. Estos niños cometen errores al integrar el lenguaje sin insuficiencia sensorial o de fonación; a veces —aunque sea con dificultad— podrán comunicarse verbalmente, dado que su nivel mental se considera normal. Los trastornos de dichos disfásicos son un trastorno de la recepción y del análisis del material auditivo-verbal, trastornos al procurarse elementos sintácticos y dificultad en la relación léxica, dado que el vocabulario en sí no es criterio suficiente. Hay una relativa homogeneidad de la deficiencia entre comprensión-realización-soporte semántico. Por eso la comprensión verbal de los disfásicos nunca es normal, y todos ellos presentan trastornos en el habla. De hecho, la comunicación de que son capaces es esencialmente fisionómica y no epicrítica; se aprehenden los conjuntos mediante aproximaciones verbales y mediante importantes aportaciones extraverbales. Desde el punto de vista intelectual, los disfásicos, no obstante sus deficiencias en el lenguaje, llegan a resolver complejos problemas que requieren una cierta abstracción. Poseen suficiente movilidad operatoria, no obstante su deficiencia verbal y la mala organización de su sistema personal de localización spatiotemporal. Si bien la mayoría podrá llegar a un grado de operatividad preformal, mucho nos tememos que no alcanzarán el pensamiento formal.

En numerosos casos existe un trastorno afectivo precoz en el marco de las cargas afectivas, para unos por echar en falta la necesidad de relación, y para otros por falta de organización perceptivoverbal capaz de alterar las formas de relación.

En conjunto, el porvenir escolar de tales niños está bastante comprometido. En cuanto al uso del lenguaje, hemos podido distinguir dos grupos de pacientes en quienes se daba una analogía entre su actitud verbal y su comportamiento general. De este modo se han podido señalar dos polos: el de “ecónomos mesurados” y el de “prolijos poco controlados”. Los “ecónomos mesurados”, así llamados por su reserva verbal, se distinguen por sus frases sencillas, su habla preferentemente enumerativa y descriptiva, la homogeneidad entre comprensión y realización, elaboración de frases y discurso y las pocas variantes en los resultados. Los “prolijos”, por el contrario, elaboran frases complicadas, respetan escasamente el orden de sus palabras, cuyo discurso sobrepasa la simple enumeración, respetan poco la cronología y la coherencia de sus palabras es mínima. Hay un desfase bastante grande entre comprensión y realización, y su rendimiento es variable.

No sólo son mal-hablares; tienen una personalidad característica, y para reeducarlos se habrá de proceder abriendo un diálogo sin presiones, teniendo en cuenta sus deficiencias de movilidad intelectual y sus dificultades para el intercambio afectivo, intercambios que en los “prolijos” se derrochan y se tornan obsesivos en los otros.

III. — DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE DE LA LENGUA ESCRITA

La incapacidad de aprender a leer de un sujeto que tiene las capacidades intelectuales requeridas, se conoce desde hace tiempo; en 1917 J. Hinshelwood propuso el nombre de dislexia. Estos tipos de trastornos están descritos bajo diversos términos: dislexia específica, dislexia de evolución e incluso bajo la antigua terminología de “ceguera verbal congénita”. Es evidente que en un país donde la enseñanza es obligatoria estos trastornos se manifiestan particularmente en el curso de la escolaridad. Para no introducir súbitamente una teoría patológica, organogénica o psicosocial, preferimos denominar por el momento estas dificultades o fracasos, de manera más general como “trastornos del aprendizaje de la lengua escrita”.

1.º Incidencias, prevalencias e instrumentos de medida

Se admite que estas dificultades léxicas se encuentran en un 5 a 10% de la población general y todo el mundo parece estar de acuerdo en que son más frecuentes en los muchachos que en las muchachas (B. Hallgren, P. Debray y M. J. Mattlinger, etc.). A. Leroy-Boussion al estudiar una población escolar no seleccionada, mostró que las niñas tienen un rendimiento ligeramente superior al de los niños, la diferencia era de unos 4 meses según los tests de lectura. Con razón, P. Debray y B. Melekian consideran que no puede hablarse de dislexia antes de un año de escolarización, por lo menos. Según estos autores, si se considera 100 niños en el comienzo del aprendizaje de la lectura, se observa que al final del curso preparatorio, del 75 al 80% de ellos no tuvieron problemas de lectura y el 20 a 25% no saben leer; el estudio de esos últimos, muestra que del 10 al 17% recuperaron su retraso en el curso del año siguiente y no tuvieron más problemas de lectura en el futuro, mientras que de un 8 a 10% presentaron dificultades de lectura persistentes por las cuales se deberá iniciar una reeducación difícil.

Con razón algunos autores han intentado objetivar de un modo preciso estos trastornos léxicos en Francia y más allá del Atlántico. Desde 1963 la leximetría (test de la “alouette” de P. Lefavrais) ha establecido una estandarización de posibilidades de lectura teniendo en cuenta las faltas y la velocidad de la lectura, escalonándose desde el curso preparatorio al tercer año. Este método es de un valor innegable y ha sido comparado al test de Binet-Simon para la inteligencia. Esto es cierto en el sentido en que el uno y el otro dan la posibilidad de establecer una escala de desarrollo, pero no permite establecer una patogenia precisa como algunos han pretendido. Al igual que el test de Binet-Simon ha permitido establecer un cociente intelectual sin por ello hacernos avanzar un paso en la comprensión del problema de la inteligencia (mientras que el examen operatorio de J. Piaget y B. Inhelder nos permite conocer los mecanismos del desarrollo cognitivo y comprender una parte de los mecanismos que impiden este desarrollo), igualmente el test de P. Lefavrais tiene un lugar en el plano de “despistaje” y de la evolución y tiene un valor psicométrico. K. de Hirsch y cols., (1966) y J. Jansky y K. de Hirsch (1972), con una batería más amplia, han establecido un plan de investigación en vista a una prevención que conduzca al diagnóstico y oriente un tratamiento.

2.º Factores etiológicos

Hemos señalado cuáles eran los complejos mecanismos del aprendizaje de la lectura. Partiendo de estos datos se han orientado las investigaciones para explicar su patogenia. Tales investigaciones se han planteado en diversos planos: trastornos de la percepción, alteraciones del lenguaje, desorganización espaciotemporal y trastornos afectivos.

a) **Trastornos perceptivos.** En cuanto a la percepción, los factores que primero llaman la atención son los periféricos. Digamos que no son frecuentes, aun cuando retrasen forzosamente el aprendizaje —cuando existen— salvo en casos graves. De entrada, por otra parte, no se pueden eliminar los trastornos oculomotores. En un importante trabajo basado en un estudio electrooculográfico, N. Lesèvre subrayó la importancia de la dispraxia ocular y la no-lateralización de la mirada en niños disléxicos, aun cuando no todos los niños que no leen tienen este trastorno, y, en cambio, lo tienen algunos que leen. Podemos preguntarnos si las iniciales dificultades en la comprensión de la lectura no motivan un desarreglo oculomotor al leer, produciéndose un movimiento a sacudidas, aminorando el avance y reduciéndose la visión global.

Pero, como indica N. Galifret-Granjon, la percepción no puede estudiarse únicamente sobre el plano del conocimiento de los signos, debe serlo también en el plano de la formulación de las hipótesis y de la aprehensión de las significaciones. La elección a hacer, el significado que se atribuye a lo que se percibe depende de la inteligencia en general, y más particularmente de la inteligencia de la lengua y de la práctica de la misma que permite el aprendizaje de los lazos internos del sistema, de las frecuencias relativas, etc.

En la captación-retención-evocación se realiza una auténtica aprehensión léxica. La retención ha de ser tanto formal como emocional para permitir una apropiada evocación, sea escrita u oral (D. Sadek).

b) **Trastornos del lenguaje.** Numerosos autores dan gran importancia a los trastornos del lenguaje. El porcentaje de trastornos es considerable en las estadísticas de J. Roudinesco y cols. (un 52%) y en las de S. Borel-Maisonny, para quien en un 70% de casos de niños disléxicos es insuficiente la maduración del lenguaje. En su opinión, el aprendizaje de la lengua escrita se realiza, "en principio, mediante una toma de conciencia fonológica", que posteriormente se convertirá de inmediato en una toma de conciencia lingüística. Para pasar del uso de la forma fonológica a las formas gráficas se requiere que el niño sepa intuitivamente dividir la frase y el valor funcional de las palabras dentro de la misma frase. Ciertos trastornos son puramente fonéticos, otros van unidos a la dificultad de traducir en símbolos sonidos percibidos, pronunciándolos correctamente, y otros reproducen errores articulatorios, como si la falta o desplazamiento del punto de articulación acarrearía una indiscriminada agnosia del sonido. Otro problema a tener en cuenta es el de la audición, en la medida en que la mala audición dificulta la formación del lenguaje oral. En opinión de J. M. Wepman, en el 27% de los casos hay una estrecha relación entre inadecuada discriminación auditiva y unos índices de lectura significativamente bajos. No creemos que en todas las deficiencias en la lectura quepa hablar de una hipoacusia, y mucho menos hipoacusia del oído director. Se trata a veces de una difícil recepción del mensaje, claramente perceptible mediante ciertos test fonéticos como el de J. C. Lafon, o bien de dificultades como las descritas por A. Leroy-Boussion, o

sea, la imposibilidad para diferenciar y fusionar los sonidos de las palabras. Para G. Gelbert, es posible el mecanismo evocador, mas lo que está lleno de errores son los puntos de partida y llegada, siendo para los disléxicos más fácil evocar los sonidos de las letras que indicar la grafía sobre la base del sonido. En estos desfases es donde radica lo específico de dichos trastornos.

c) **Trastornos de la organización espaciotemporal.** Considerando que la lectura y la expresión oral se producen en "un molde de frases ritmo-melódicas" (E. Pichon y S. Borel-Maisonny), muchos autores estudian la desintegración de las funciones espaciales y las alteraciones de las funciones temporales. La mayor parte de dichos estudios coinciden en los resultados de la orientación derecha-izquierda. N. Galifret-Granjon ha puesto de manifiesto que en niños de 7 a 10 años la incapacidad de reconocer en sí mismos el aspecto derecho-izquierdo es relativamente mayor en niños disléxicos que en niños normales, máxime cuando es frente a frente (64% de fracasos en disléxicos frente a un 23% en los normales), pero pasados los 10 años, los resultados se igualan y los fracasos son muy raros. También A. L. Benton y J. D. Kemple señalan mayor frecuencia en disléxicos que en los normales, un sistemático desbarajuste en la orientación derecha-izquierda, desorientación al identificar las partes del cuerpo y en cuanto requiere el uso simultáneo de los dos sistemas de orientación derecha e izquierda del propio cuerpo o el de otra persona.

A. Ombredanne y S. Borel-Maisonny insisten en la errónea percepción del ritmo de las dislexias evolutivas y en el favorable efecto de una educación de la lectura ritmada. M. Stambak señala que la estructuración temporal, o capacidad de delimitar un intervalo temporal mediante la inmediata aprehensión de una serie de golpes, con la posible estructuración de intervalos temporales, es claramente inferior en los disléxicos que en los niños normales.

d) **Trastornos de la lateralización.** — La importancia que se ha concedido a los trastornos de la dominancia hemisférica, arranca de las hipótesis formuladas por S. Orton después que hubo comprobado que los disléxicos confunden las letras simétricas, que tienen gran facilidad para leer y escribir en espejo, y admite, por vía de la consecuencia, que el elemento esencial de la dislexia es la "estrefosimbolia", fenómeno que será explicable por una perturbación de la dominancia lateral; los disléxicos utilizan simultáneamente los engramas simétricos, mientras que en el individuo normal las impresiones recibidas por el hemisferio no dominante serán desdichadas. El valor de esta hipótesis ha sido sostenida por numerosos autores (Girad, J. Roudinesco y J. Trélat, A. Har, J. McFid, y O. L. Zangwill, W. Goody y M. Reinhold, etc.). Advirtamos que si bien O. Orton se sitúa sobre el plano perceptivo visual, A. Tomatis ha insistido sobre la dificultad resultante de un trastorno del oído dominante. R. Coleman y C. Deutsch, así como B. y L. Belmont no encontraron diferencia de lateralidad en los antiguos disléxicos y en una población de control.

e) **Trastornos afectivos.** — Los trastornos afectivos han sido considerados por numerosos autores desde hace tiempo como elementos en juego en los trastornos del aprendizaje de la lectura. Algunos, como B. Hallgren, hacen constar una mayor frecuencia de trastornos afectivos en los disléxicos que en los grupos de control. Otros, como Cl. Launay, aíslan en el grupo de los disgráficos y disléxicos una forma particular de origen afectivo, mientras que J. Trélat rechaza el concepto de dislexia puramente afectiva. Por último, otros consideran que estos trastornos afectivos son secundarios, el niño puede reaccionar de dos formas: bien por la hiperproductividad desordenada, bien por la renuncia pasiva y apática (Couriol).

Según R. Diatkine, las perturbaciones de la personalidad intervienen en tres planos:

- El investimento narcisista del lenguaje que impide al niño considerarlo como un objeto de estudio y análisis.
- El comportamiento del niño puede estar perturbado por acontecimientos exteriores contingentes y particularmente angustiantes, los cuales pueden desempeñar un papel en las recaídas con reaparición del mismo tipo de faltas que parecían estar superadas.
- Los disléxicos readaptados en el plano del lenguaje, o incluso en el plano de la escolaridad, pueden presentar posteriormente: inestabilidad, indisciplina, trastornos del comportamiento, reacciones de superioridad en relación con la incapacidad de seguir la enseñanza como los demás.

Para R. Cahn y H. Mouton, "el síntoma, expresa, a partir de una fragilidad instrumental particular o de trastornos de la dotación de base, una respuesta en sus conflictos, en el registro disléxico o por dificultades de adquisición u organización del lenguaje hablado o escrito."

f) **Factores constitucionales.** — Sea lo que fuere, el problema de hasta qué punto la dislexia es un trastorno de tipo constitutivo o si obedece a un trastorno evolutivo motivado por diversas alteraciones, unívocas o convergentes. Ya J. Hinshelwood había insistido en la mayor frecuencia de la dislexia en los niños y en el carácter familiar de los casos de dislexia. Esta mayor frecuencia en los varones parece haber sido confirmada por B. Hallgren, A. Miller y otros, O. Kucera y cols., P. Debray y M. J. Mattlinger, A. Leroy-Boussion, al estudiar una población escolar no seleccionada, indica que las niñas tienen un rendimiento ligeramente superior al de los varones, produciéndose una superioridad de unos cuatro meses según los tests de lectura. Tras un análisis estadístico de 276 casos de dislexia específica, B. Hallgren llegó a establecer una forma de herencia monohíbrida autosómica dominante. En algunos casos acepta que pueda tratarse de dislexia secundaria, de manifestaciones larvadas y mutación o transmisión diversa. Señalemos que algunos autores describen dislexias en gemelos monocigóticos (J. Ley, W. Tordour, M. Lamy y otros). En un amplio estudio con gemelos, B. Hallgren señala que en doce pares monocigóticos los dos gemelos siempre se veían afectados, mientras que en 33 pares de gemelos heterocigóticos los dos gemelos tan sólo se veían afectados en 11 casos. Con ello se nos plantean dos problemas: si lo hereditario es la dislexia o es otra característica general cuya consecuencia es un mal aprendizaje de la lectura. Afirmando el carácter hereditario de la dislexia, P. Debray y M. J. Mattlinger no dejan de señalar la frecuencia excesivamente alta de trastornos del lenguaje en sus antecedentes, lo que —dicen— confirma la correlación establecida entre dislexia y retraso en el habla, dando la impresión de que ambos trastornos se transmiten estrechamente unidos, sin que pueda precisarse todavía la exacta naturaleza de su parentesco. Por otra parte, de aceptar la existencia de una dislexia hereditaria y constitucional, ¿entrarán todos los casos de dislexia en este apartado o habrá que distinguir entre una forma constitucional y otra que responda a un trastorno organizativo del lenguaje por factores diferentes? Al comparar un grupo de dislexias menores con un grupo de dislexias medias o mayores, P. Debray y M. J. Mattlinger señalan una concordancia en los antecedentes familiares, lo que tiende a demostrar que unas y otras entran en un cuadro disléxico único, no obstante su diversa intensidad.

3.º Patogenia

Cada uno de los factores etiológicos que acabamos de describir está considerado por algunos autores como factor patológico. De hecho, este no es el caso, con excepción de algunos trastornos del aprendizaje de la lectura que parecen seguir a retrasos del lenguaje.

Desde el punto de vista *perceptivo*, hemos comprobado con muchos otros, que las perturbaciones visuomotoras se encuentran también en sujetos que no tienen trastornos de la lectura y de la ortografía. Cl. Rosen (1968) informa de un estudio en el cual un grupo de niños que padecían trastornos de la lectura y visuomotores habían recibido un aprendizaje visuomotor, mientras el grupo de control, igualado en estos trastornos, no lo recibió. Los niños que habían recibido este aprendizaje obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en diversas tareas sensoriomotoras que los del grupo de control, no obstante, no se encontraba ninguna mejora de las capacidades de lectura. A. F. Kalverboer y cols., han mostrado que en un caso de síndrome de Moebius (restricción muy grave de los movimientos oculares horizontales y verticales), la lectura, la escritura y la ortografía eran normales en un niño de 2,6 años, mientras que las respuestas visuomotoras correspondían a las de un niño normal de 4 a 5 años.

Los trastornos del *lenguaje oral* son sin ninguna duda un factor etiopatológico importante, pero existe no obstante un cierto porcentaje de niños disléxicos cuyo desarrollo del lenguaje es normal. Hemos observado que algunos niños psicóticos llegan a la comunicación por vía del lenguaje escrito, más neutro, antes de comunicar por el lenguaje oral.

Si la *organización temporospatial* está frecuentemente alterada en la dislexia, se podría estar de acuerdo con C. Chiland para aceptar este déficit como índice, pero no como causa de la dislexia. En lo que concierne a los factores espaciales, hemos de apuntar que son extremadamente frecuentes en los sujetos examinados en los consultorios medicopedagógicos sin que ello vaya acompañado de una dislexia y que los disléxicos presenten necesariamente trastornos de tipo espacial. En cuanto a los trastornos temporales, se les atribuye una gran importancia incluso sabiendo que están lejos de ser constantes en la dislexia. La noción de temporalidad que no puede desprenderse por las pruebas, no debe hacer olvidar que la lectura, como la expresión oral, se desarrolla en "un molde frástico ritmomelódico".

Si, con N. Galifret-Granjon, después de otros autores, hemos confirmado la frecuencia de una *mala lateralización* en los disléxicos, hemos mostrado que existen, no obstante, disléxicos con una lateralización homogénea. Por otra parte, hemos subrayado con H. de Gobineau y cols., que la escritura en espejo puede formar parte de la evolución normal incluso en el niño bien lateralizado. Además, hemos apuntado con nuestros colaboradores, que el número de zurdos y de sujetos mal lateralizados es todavía más elevado entre los tartamudos que entre los disléxicos, incluso si los tartamudos no presentan dificultades de lectura. De hecho, no creemos que una mala lateralización sea la causa única y esencial de estos trastornos. Si desempeña un papel en algunos casos, los trastornos que implica no son primitivamente perceptivos, los trastornos de la lateralización pueden acarrear una desorganización perceptivo-motora, alterar la capacidad de una organización espacial adecuada y, secundariamente, provocar por vía de consecuencia dificultades de la lectura.

K. Hermann admite que existen puntos comunes entre la dislexia y el síndrome de Gerstmann, esto es cierto para ciertos casos pero no puede aplicarse al conjunto de los trastornos del aprendizaje de la lectura. Para este autor, tanto el síndrome de Gerstmann como la dislexia serían la consecuencia de un trastorno de la función de la dirección, función que estaría ligada a un trastorno de la orientación lateral conllevando una dificultad del sujeto para orientarse en el espacio extrapersonal. De hecho, estos trastornos de la orientación con respecto al cuerpo, como hemos demostrado, no son constantes en el niño disléxico y debemos insistir en la fragilidad de estos factores en una población que acude a una consulta medicopedagógica, en relación a una población de control.

Por nuestra parte, hemos subrayado que los *trastornos afectivos* son extremadamente frecuentes, si no constantes en los disléxicos; a menudo secundarios, pueden no obstante ser a veces primarios, pero no se sitúan sobre el plano de la lectura propiamente dicha; es en el plano del aprendizaje donde participan, en el sentido que el aprendizaje de las letras o sílabas no está investido particularmente (salvo en el curso de la lectura labial), mientras que posteriormente se distancia de las letras y de las sílabas, e incluso de las palabras que tienen un valor diferente según estén escritas, dichas u oídas. Las formas de aprendizaje de la lectura comportan una cierta obsesionalización en razón de las reglas que implican y que hay que asumir; tienen por consecuencia una disminución de la libertad y de la actividad lúdica, hasta entonces existente, que puede ser vivida como represiva por el niño, sobre todo en los casos en que su ansiedad le conduce al fracaso. Debemos, por otro lado, darnos cuenta de que el aislamiento de la noción de dislexia ha conferido a este trastorno una importancia psicopsicológica no desdeñable y que muchos padres atribuyen al capítulo de la dislexia otros déficit; la dislexia se ha convertido por este hecho en una coartada. Cuando se trata de simples trastornos consecutivos a una mala enseñanza, no es recomendable hablar de dislexia, ya que su valoración excesiva se convierte en un terreno de enfrentamientos o "intercambios" entre padres y niños.

No creemos que todos los trastornos del aprendizaje de la lectura estén ligados a un *componente hereditario*, incluso si se acepta la existencia de una dislexia específica y genética. Se puede preguntar, por otro lado, si esta transmisión hereditaria es la transmisión de una inaptitud particular para el aprendizaje de la lectura o si corresponde a retrasos madurativos o malformaciones de una región cerebral. Ciertos autores, como McDonald Critchley, piensan que puede existir en estos niños una disfunción parietooccipital localizada y que N. Geschwind habla de un mal desarrollo bilateral del giro angular. Sin ser tan abiertamente localizadores, numerosos autores se han dedicado a poner en evidencia signos neurológicos menores: asociación con trastornos posturales, con estados hipercinéticos; alteraciones del E. E. G. (que no responden a lesiones de tipo específico) etc. A partir de estas investigaciones neurológicas, R. Rabinovitch distingue tres tipos de disléxicos: los que tienen una lesión cerebral verdadera, los que tienen un trastorno neurológico clínico secundario (retraso primario de la lectura), los que tienen un potencial normal para una adquisición normal de la lectura, pero que tienen trastornos de la personalidad o un handicap en el plano de la educación. L. J. Whitsell, ha presentado una excelente revisión de conjunto sobre el aspecto neurológico de los trastornos de la lectura, admite dos categorías etiológicas (hereditaria y adquirida) o la combinación de la herencia y los trastornos adquiridos. Al lado de teorías no verificables que evocan una agenesia de un centro de la lectura calcadas sobre las antiguas teorías localizadoras del lenguaje, numerosos autores introducen actualmente la noción de *inma-*

urez, sea de los centros cerebrales, sea retraso de la mielinización de las fibras asociativas en relación con el pliegue curvo, sea inmadurez fisiológica o psicológica más general. K. de Hirsch describe así una falta de madurez del sistema nervioso que se caracteriza por un retraso de la lateralización, de la coordinación muscular fina, de la organización espacial y una insuficiencia del desarrollo de todos los procesos perceptivos. Estarían igualmente a favor de la teoría que defiende un trastorno de maduración, la asociación sintomática dislexia inmadurez del lenguaje, inmadurez de la motricidad, insuficiencia de la elaboración espacial así como la asociación disléxica, debilidad motriz, trastornos práxicos, retraso de la simbolización (J. Roudinesco y cols.).

Para P. Satz y cols., la dislexia no es un síndrome unitario; refleja un retraso en la maduración del sistema nervioso central que repercute sobre la adquisición de las capacidades en crecimiento en las diferentes edades del desarrollo. Se fundan sobre el estudio de niños disléxicos, elección de un grupo de control y aparejado a dos niveles de edades diferentes para concluir que las capacidades que se desarrollan ontogenéticamente más pronto (p. ej., integración visomotriz y audiomotriz) estarán más retrasadas en niños disléxicos más jóvenes (7-8 años), mientras que las que se desarrollan más tarde (p. ej., lenguaje y operaciones formales) estarán más retrasadas en niños disléxicos mayores (11-12 años).

Pensamos que hay que profundizar más la relación que existe entre la edad de maduración y la edad de aprendizaje e insistir sobre el peligro que constituye la exigencia de un aprendizaje rápido y de duración demasiado corta y forzando que puede acarrear descompensaciones que corren el peligro de bloquear al niño de manera relativamente irreversible, dañando la expresión de lo posible en potencia.

4.º La dislexia, las dislexias o el trastorno del aprendizaje de la lengua escrita

Muchos teóricos actuales intentan resolver este problema ya sea escindiendo la dislexia en diversos grupos con patología diferente, o considerando la dislexia como un trastorno plurifactorial.

Un cierto número de autores germánicos distinguen una dislexia verbal y auditiva de una dislexia espacial, o una dislexia óptica en relación con imágenes visuales deformadas o una dislexia acústica que consiste en una sordera para los matices fonéticos. E. Boder (1971) distingue: dislexia disfonética, dislexia diseidética (trastorno de la Gestalt visual), una dislexia disfonético-diseidética.

De hecho, se enfrentan dos concepciones: la que defiende únicamente la desorganización cerebral y la que invoca únicamente factores sociopedagógicos.

Si bien, a veces, planteamos el problema de la existencia de ciertos disléxicos que, como ciertos disfásicos o dispráxicos de evolución, responden a un defecto de la organización del funcionamiento neurológico, esta mala organización no implica necesariamente un trastorno lesional ni de los factores constitucionales electivos, en el sentido clásico del término. Pensamos que un defecto de la "dotación de base" del cual los factores innatos no estarían incluidos actúa en el sentido de una modificación denominada instrumental cuya patogenia no sería unívoca, sino el fruto de nuevas organizaciones funcionales plurifactoriales que implican una desorganización en el sentido de "series complementarias". Dicho esto, pensamos que los factores psicopedagógicos están en primer plano.

Entre los problemas pedagógicos, se ha discutido durante largo tiempo los métodos del aprendizaje. En lugar de las interminables luchas a favor de tal o cual

otro método desvalorizando los otros, se habría ganado tiempo si se hubiera estudiado de un modo más profundo cuál era el tipo de personalidad neurobiopsicológica que fracasa o aprovecha de uno y otro método. Existen innumerables métodos, pero como dice F. Best, el famoso debate método sintético, método global está desplazado en el sentido de una renovación pedagógica. En el primer plano se ha puesto el principio de la comunicación —hacer comprender, sentir a los niños que la lectura es lectura de un mensaje, que es un acto de comunicación y de comunicación trabajada a todos los niveles: lingüístico, psicológico, pedagógico. En el plano del método propiamente dicho, el plan Rouchette insiste sobre el aspecto circular de la relación entre tres fases: 1) investigación del significado; 2) fase analítica; 3) fase sintética.

Muchas dificultades del aprendizaje de la lectura están en relación con los déficit escolares ligados a: valorización de la rapidez, sobrecarga de las clases, cambio de maestro. En un plano muy general, como dicen M. Stambak y cols., se trata, a la vez, de desarrollar las capacidades del niño y de conducirlo a sentir la necesidad de los instrumentos de nuestra cultura, para valorizar las actividades que se relacionan con ella. De un modo más específico se trata de preparar al niño para el aprendizaje de la lengua escrita; suscitar el deseo de leer no basta, conviene proceder a una preparación lingüística (paso al lenguaje recitado, luego al lenguaje escrito; corrección de los retrasos y trastornos del lenguaje oral; preparación para la individualización de los elementos que constituyen la lengua). Una experiencia capital es respetar las formas de razonamiento de que el niño es capaz y movilizarlas al servicio del aprendizaje. Un buen aprendizaje da al niño un instrumento que vehicula el conocimiento y que utilizará con facilidad; el lenguaje oral y el lenguaje escrito pasarán a ser complementarios. En el caso contrario, la falta de fluidez del acto léxico le hará perder ganas y el niño en una estructura cerrada lo llevará como una carga. Un buen aprendizaje del manejo del lenguaje, de la lectura en particular, evitaría numerosas reeducaciones a menudo innecesarias y difíciles en el estado actual de la enseñanza.

5.º La disortografía

Como indica C. Blanche-Benveniste, desde muy joven el niño se ve obligado a memorizar una masa de ilogismos y anomalías, de las cuales se le dice que constituyen también su lengua. Pero reformas (incluso simples) de la ortografía no están dispuestos, parece, a llevar a cabo.

La disortografía suele ser resultante de una dislexia, aun cuando también puede darse en niños sin evidentes defectos de lectura, sino con una simple dislexia pronto compensada. La disortografía está muy estudiada, especialmente por S. Borel-Maisonny, J. Vial. Hay diversos tipos de faltas: faltas de lectura, de separación, por no saber distinguir los elementos de la frase, faltas sintácticas y de reglas, y faltas de uso.

C. Chiland distingue dos tipos de niños con defectuosa ortografía:

— Un tipo, cuya mala ortografía tan sólo afecta a la mala articulación del lenguaje, en el sentido que le da A. Martinet, o sea, articulación unitaria, cada una con su propia forma vocal y su propio sentido. Son niños inteligentes que hacen faltas usuales y sintácticas y que desconocen en mayor o menor grado la estructura gramatical de la lengua.

— Un tipo de niño con faltas de ortografía que desfigura la lengua en el plano de la primera y la segunda articulación —la segunda articulación de la lengua corresponde, según A. Martinet, al análisis de la forma vocal en cuanto fonema, unidad discri-

minativa pero no significativa—. Son niños inteligentes que hacen muchas faltas en la lectura y pausas; que no parecen haber automatizado aún la adquisición de su ortografía. Estos trastornos nos hacen pensar en un retraso o en un defecto de dicción.

Como es natural, la disortografía también puede darse en niños de bajo nivel intelectual, por falta de automatización, y en los débiles en quienes el retraso ortográfico va juntamente con mala dicción o, al menos, con una ortografía en consonancia con tales errores.

Tanto C. Chiland como S. Borel-Maisonny hacen hincapié en señalar cuán importante es un habla correcta para aprender la lectura y la ortografía; en su estadística se refieren a muchos niños, hijos de familias de lengua no francesa cuyos padres hablan un francés sintácticamente inseguro.

Todos coinciden en la importancia de una pronta intervención, puesto que una reeducación individual evitará quedarse con una mala ortografía que sería un lastre para el niño en los años escolares y le dificultaría incluso su futura vida profesional.

Son diversos los *métodos reeducativos* de lectura y escritura empleados: los de S. Borel-Maisonny o sus continuadores, C. de Sacy, F. Kocher, M. de Maistre, etc., o los de C. Chassagny, son los más corrientes en Francia. Digamos que hay niños que resisten a tales procedimientos reeducativos y que a veces se hace indispensable una psicoterapia. En algunos casos puede superarse la dislexia, pero posteriormente reaparece, como un nuevo problema, en una disortografía.

IV. — LA TARTAMUDEZ

La tartamudez es un trastorno del habla caracterizado por repeticiones o bloques que acarrearán una ruptura del ritmo y de la melodía del discurso.

Hay dos clásicos tipos de tartamudez: la clónica (*stuttering*) y la tónica (*stammering*), que normalmente van juntas. La primera se caracteriza por repeticiones más o menos largas de fonemas, especialmente del primero, a veces con emisión de un fonema parásito. La tartamudez tónica, por una detención en la emisión acompañado de sincinesias más o menos importantes y de reacciones emocionales. Los movimientos que las acompañan y los trastornos respiratorios, o trastornos vasomotores son consecuencia de dicha afección.

Hay que distinguir entre tartamudeo, farfullero (*stuttering*) y habla entrecortada. E. Pichon y S. Borel-Maisonny afirman que el pensamiento del farfullador se expresa convenientemente mediante la palabra, sólo que con excesiva rapidez, con demasiado esfuerzo a su tecla neurológica. Con ello llega a hacer entrecortarse las palabras, haciéndolas irreconocibles. A esto viene a oponerse el habla entrecortada, con frases imperfectas, incoherentes en su sintaxis por ruptura en su construcción, aunque sin error articulatorio. En su opinión, el tartamudeo viene a ser fundamentalmente un farfullero aumentado con el trastorno de la función de realización.

Numerosos autores se han dedicado a desvelar los misterios que presenta la tartamudez.

1.º Problemas generales

El porcentaje de tartamudos se eleva a alrededor de un 1% de la población general. Para la mayoría de autores, este porcentaje difiere según el sexo y se admite que la tartamudez es más frecuente en muchachos que en muchachas. *La edad de aparición del tartamudeo se sitúa en el curso de dos fases críticas:* la de los 3 años, edad

en que el niño en plena organización de su lenguaje va a comenzar a utilizarlo como diálogo con otro, y el de la escolaridad, es decir, hacia la edad de 6 años. La tartamudez puede aparecer a una edad más tardía; estos casos están en su mayoría, según algunos autores, ligados a una experiencia traumática o a factores causantes de stress más difíciles de precisar.

Una confusión ha sido introducida por la descripción de "tartamudez fisiológica", "tartamudez primaria" y "tartamudez de desarrollo", ya que se ha descrito en este cuadro, muy a menudo, ciertas tendencias repetitivas frecuentes en el curso de la organización del lenguaje y, como dicen con razón C. Dinville y L. Gaches, la repetición no es la tartamudez; sólo existe tartamudez si una tensión espasmódica o tónica aparece en la emisión verbal. Hay que admitir, por otro lado, que en los estadios de transición de la evolución del lenguaje, puede existir con una cierta frecuencia un tartamudeo casi siempre intermitente que desaparece en los 4/5 de los casos, como lo han mostrado J. Andrews y B. Harris.

Ha podido distinguirse tres estadios más o menos distintos en la tartamudez (E. Froeschels, E. J. Lennon):

- el tartamudeo pasivo, que es su fase más simple y benigna, en que el paciente no trata de oponerse a su difícil habla;
- el tartamudeo reprimido, fase en que comienza a producirse una resistencia, con una serie de movimientos que paulatinamente van ampliando el problema;
- el tartamudeo complicado, o fase más avanzada, que se inicia una vez confirmados los accesos y sus correspondientes movimientos.

La segunda y tercera fases no son ni una simple continuación de la primera ni el resultado del reforzamiento de las causas iniciales de la alteración. En opinión de E. J. Lennon, son provocadas en gran parte por la reacción del paciente ante su propia tartamudez y frente a la reacción de los demás.

Todos los tartamudos no tartamudean de la misma manera y la tartamudez es diferente según las situaciones. En algunos existen situaciones electivas, tales como la escuela, la familia, situaciones causantes de stress, personajes desconocidos o temidos, la valorización de formas de pensar peligrosas, un entorno ansioso, etc. Por el contrario, la tartamudez es menor cuando el sujeto habla solo, canta, recita operaciones aritméticas aprendidas de memoria, fábulas o poemas; puede ser actor, si conoce las respuestas de su interlocutor. El estudio de lo que facilita el lenguaje es tan interesante y tan significativo como lo que produce el bloqueo: todo lo que compromete, molesta, todo lo que es automático, facilita; el tartamudo se encuentra cómodo hablando con animales familiares y podría hablar fácilmente a seres inanimados. Las emociones actúan sobre él bloqueándolo cuando debe hacer de locutor, pero pueden, a veces facilitararlo cuando está fuera de sí.

2.º Factores etiológicos

a) La herencia. — Según M. Seeman, la tartamudez es hereditaria en 1/3 de los casos. Trabajos recientes hallan tartamudeces familiares en un 34% de los casos (J. de Ajuriaguerra y cols.), en un 30% (Andrews y Harris). Estudiando gemelos monócigotos y dicigotos, M. Seeman halla una concordancia importante en los gemelos univitelinos mientras que es raro en los vivitelinos; esto, dice, muestra igualmente que el peligro de la contaminación psíquica de la tartamudez no es tan grande como se estimó en otro tiempo. C. Dinville y L. Gaches consideran que si la herencia desempeña un papel, lo ejerce no sólo de modo directo, sino también sobre otros

muchos factores predisponentes, tales como trastornos del lenguaje, trastornos motores, retraso del habla, etc. Algunos autores señalan la existencia de una repartición geográfica diferente: incidencia elevada en los japoneses, baja en los polinesios, nula en los indios americanos (K. Kant y Y. R. Ahuja).

b) Trastornos neurológicos asociados de diverso orden. — M. Seeman admite que el substrato de la tartamudez consiste en una modificación dinámica del aparato pálido-estriado provocado por las emociones o los movimientos afectivos violentos.

c) Trastornos de la lateralización. — La relación entre la tartamudez y la zurdería ha sido señalada por autores antiguos, pero fue revalorizada especialmente por E. L. Travis aplicando a la tartamudez la hipótesis de S. T. Orton, la estrefosimbolia de la dislexia.

De nuestra investigación se desprende que el número de zurdos, y sobre todo de mal lateralizados, es mucho más elevado en los tartamudos que en los sujetos normales e incluso que en los disléxicos, pero existe un número importante de tartamudos diestros que nunca han presentado defecto de lateralización, numerosos zurdos contrariados que nunca han presentado trastornos del lenguaje y de tartamudos zurdos en los cuales la zurdería ha sido escrupulosamente respetada.

d) Trastornos de la estructuración temporoespacial. — No se hallan características específicas y contrariamente a lo que habíamos previsto, los tartamudos tienen un ritmo menos perturbado que los disléxicos; estadísticamente, son comparables a los sujetos normales. Por el contrario, en el plano de la organización espacial, tartamudos y disléxicos obtienen resultados sensiblemente comparables.

e) Trastornos del lenguaje en los tartamudos. — S. Borel-Maisonny detecta en el 46% de los casos un retraso del lenguaje importante o ligero, o niños que hablan aún mal a los 5-6 años. E. Pichon y S. Borel-Maisonny han insistido en la importancia que hay que conceder a lo que han llamado un "defecto de inmediatez lingüística", es decir una incapacidad para encontrar cuando conviene la palabra adecuada, y relacionan este defecto con un defectuoso lenguaje lingüoespeculativo que ellos estiman que es la característica del tartamudo. Pero, como ha subrayado C. Launay, los 9/10 de tartamudos de edad escolar o postescolar poseen un buen lenguaje escrito y expresan sus pensamientos sin dificultad cuando han de escribirlos. Para este autor el tartamudo no presenta un lenguaje interior mal organizado; es en el discurso donde tiene las dificultades que le son características, entran en el marco de la inhibición, de las estrategias verbales, es decir de todo lo que concierne, en la utilización oral del lenguaje, a los trastornos de la psicología del tartamudo.

Por nuestra parte, hemos señalado hechos a los que hay que prestar atención: raramente están asociadas tartamudez y dislexia o disortografía graves, mientras que en una u otra coexisten trastornos del lenguaje. En nuestra opinión, el examen atento de unas y otras nos permite pensar que en los disléxicos y más tarde en los disortográficos, el defecto lingüístico más discreto pero permanente no permite una automatización suficiente del lenguaje para que éste se convierta en objeto de conocimiento, lo cual es necesario para manejar con certeza el lenguaje escrito. Por el contrario, en los tartamudos, el defecto lingüístico variable es esencialmente relacional.

f) Disfunción de los circuitos de control del habla. — Por el método del "habla repetida-retardada", B. S. Lee (1951) registra la voz de la persona que habla con un magnetófono y le hace volver a oír este registro por medio de auriculares bien adaptados, mientras habla, pero con un retraso de 1/10 a 1/15 de segundo. Muestra que por este método se pueden desencadenar modificaciones del lenguaje que se refieren a

una duración excesiva de las vocales, repeticiones de palabras, tartamudeo de sílabas y otros defectos. Como dicen C. Cherry y cols., sin insinuar que la verdadera tartamudez es un fenómeno análogo, este fenómeno evoca la noción de que la génesis del lenguaje comporta un ciclo cerrado de *feed-back* por el cual el que habla dirige y controla de forma permanente su propia voz. Por otro lado, parece demostrado que el ensordecimiento (supresión de la audición por vía aérea u ósea) puede modificar la tartamudez. F. Baron y G. Delumeau se preguntan si algunos casos de tartamudez no están ligados a una alteración del circuito de control auditivo, ya se trate de diplacusia o ecoacusia. C. Cherry y cols., proponen una técnica de tratamiento de la tartamudez que consiste en un procedimiento por el cual una parte de las percepciones auditivas de la persona que habla no provienen más de su propia voz sino de la de otra persona (técnica del habla en eco).

Según C. Dinville y L. Gaches, la alteración del habla provocada por la audición diferida de la propia voz del sujeto no es casi nunca una tartamudez verdadera, sino más bien un habla confusa, una arritmia del habla, lo que no permite construir la patogenia de la tartamudez sobre esta única comprobación.

g) **Problemas psicológicos.** — Si bien algunos han asimilado la tartamudez a un estado neurótico, O. Fenichen sitúa la tartamudez entre la histeria de conversión y la neurosis obsesiva. A. Anzieu opina que es, sobre un fondo de neurosis paranoide en el sentido de Melanie Klein, donde el tartamudeo estructura, por defensas obsesivas, el contenido significativo de su discurso, y por defensas histéricas, la forma manifiesta de su conflicto interior.

Muchos autores se dedican actualmente a valorar, sobre todo, en este trastorno de la comunicación el tipo de relación madre-niño. Aunque por el trabajo de G. Andrews y M. Harris no pueden desprenderse características neuróticas particulares en las madres, W. Johnson insiste sobre el fondo ansioso de los padres. G. Wyatt describe madres ansiosas o distantes y poco calurosas que pueden suscitar en el niño una agresividad y una ansiedad que estarían en el origen de la tartamudez. P. Aimard describe madres con falta de seguridad e insatisfechas, madres infantiles y narcisistas cuyas actitudes están contenidas por sentimientos complejos y contradictorios (ligazón posesiva, asfixiante, alternando con rechazo y agresión conllevando una insatisfacción por las dos partes); esta autora acepta, al igual que P. Glauber, calificar a estas madres de "nodrizas balbuceantes": su contacto con el niño en el plano aliéntico o afectivo, será una secuencia de darse y retirarse cuyas fases, las dos más o menos cargadas de angustia y de agresividad, crean un asincronismo fundamental en las relaciones madre-niño e imprimen el "pattern" de la duda sobre la musculatura oral y respiratoria".

R. Diatkine ha mostrado el polimorfismo del comportamiento del tartamudo. En efecto, muchos niños tartamudos no parecen sufrir apenas por sus dificultades y la tartamudez constituye uno de los elementos de equilibrio de la vida de relación de estos sujetos. En muchos otros, la tartamudez, aunque soportada, se acompaña de pequeños síntomas que expresan una subansiedad subyacente. Por último, existen niños que, muy precozmente, tienen mucho miedo de hablar. Su trastorno está entonces incluido en un sistema neurótico y sobrepasa el lenguaje y que está agravado por la dificultad de comunicar. Es así como puede observarse la presencia de verdaderas neurosis infantiles (fobias infantiles en particular), síndromes obsesivos o de organizaciones prepsicóticas.

La personalidad del adolescente tartamudo toma formas particulares; a veces la tartamudez es una solución fácil a los conflictos, ciertas prohibiciones son aceptadas

como en relación a la tartamudez, el resultado de este desplazamiento es una atenuación pasajera de la culpabilidad, pero al precio de un refuerzo de la tartamudez y de una renuncia a la conducta adulta. En algunos adolescentes, la tartamudez es aislada del resto de la conducta por un proceso inconsciente de anulación; superan sus trastornos por un mecanismo de hipercompensación. Otros tienen una verdadera avidez de relación social, de conversar, de conquista, sin percibir la menor relación entre su defecto de lenguaje y esta conducta; esta relación sólo aparece en el curso de una cura psicoterapéutica.

3.º Patogenia

Después de la prevalencia de los signos que acabamos de describir, se estará tentado de destacar el aspecto motor, sensorial o afectivo como factor etiopatogénico de la tartamudez. De hecho, la génesis de estos trastornos no puede comprenderse fuera del problema de la comunicación y de la realización del lenguaje. En el curso de esta realización es cuando el lenguaje toma las características de la tartamudez. Si es cierto que el trastorno gira, en torno a la insuficiencia lingüoespeculativa, ésta no puede ser considerada como una entidad en sí misma. No tiene sentido más que en la medida en que existe un auditor y un interlocutor, y existe una toma de posición del individuo frente a otro, una emisión que es oída; dificultades del desarrollo del pensamiento-lenguaje dirigido hacia otro, la respuesta del auditor sentida antes de que sea emitida. Si se considera el fenómeno en este sentido, se hace evidente que las primeras reacciones ansiosas, que las reacciones hostiles o agresivas puedan producir la tartamudez que es, a la vez, bloqueo y castigo; pero un pensamiento insuficientemente ordenado, un lenguaje demasiado elaborado o rápido y no controlado, por poco que tenga un componente ansioso, pueden producir un corte en su realización. Los componentes motores de expresión sólo intervienen si el lenguaje está desarreglado en su organización o si están investidos patológicamente como fragilidad o como agresión. Es sobre el de la comunicación donde la tartamudez adquiere su sentido y en el curso de su desarrollo donde adquiere su forma que, condicionada, se desprende de los factores etiopatogénicos primarios.

Puede que la teoría de I. Fonagy sobre las bases pulsionales de la fonación (de la cual hemos hablado precedentemente) abra una nueva vía.

4.º Evolución y tratamiento

Según G. Andrews y M. Harris, es entre los 5 y 10 años cuando se decide la evolución de la tartamudez. O bien la tartamudez permanecerá intermitente y menor, esto en 2/3 de los casos, mientras el otro tercio evolucionará hacia una tartamudez cada vez más frecuente e incluso grave. Según estos autores, se comprueba en el caso de tartamudez grave, un comienzo precoz de bloqueo y tensión verbal y una pobreza de relación interpersonales.

Se han propuesto centenares y centenares de métodos para el tratamiento de la tartamudez: técnicas ortofónicas que van dirigidas contra los trastornos del habla y del lenguaje (educación del caudal verbal, acción sobre la inmadurez lingüística); técnicas psicomotoras y en particular la relajación (H. Fernau-Horn y J. Lennon); el método de descondicionamiento de las "prácticas negativas" (J. Lennon) que recuerda a la utilizada por los autores franceses para los tics; las técnicas de desensi-

bilización sistemática (R.-L. Lanyon); las técnicas de desensibilización con ritmo (J. P. Brady, 1971); los tratamientos quimioterápicos: sedantes o haloperidol, pues algunos autores (P. G. Wells, M. T. Malcom) hacen una aproximación entre la tartamudez y la enfermedad de Gilles de la Tourette. S. Borel-Maisonny ha puesto a punto un método de reeducación ortofónica psicomotora y psicorrítmica cuya aplicación es diferente según la edad del sujeto.

Los resultados de estas terapéuticas dependen de la edad de la aparición de la tartamudez y del momento en que ha comenzado la reeducación, de la actitud del tartamudo frente a su tartamudez y del papel desempeñado por los padres. Incluso en caso de factores afectivos muy precisos, hay que ser prudente en una decisión para psicoterapia, ya que ésta será larga necesariamente y tanto más difícil cuanto más complicado sea el condicionamiento. Según R. Diatkine, una psicoterapia está indicada en el caso en que una perturbación afectiva es manifiesta y en los casos en que una reeducación ortofónica correcta ha fracasado. En el niño pequeño, el retraso del lenguaje ligado a perturbaciones afectivas graves será una indicación de psicoterapia, al igual que en el niño de más edad, la existencia de una neurosis o de psicosis; en el adolescente las psicoterapias limitadas al problema de la crisis de la adolescencia pueden tener un efecto feliz sobre la tartamudez. En el adulto tartamudo, la ansiedad es una indicación de psicoterapia, en efecto, sea cual sea el resultado final, la desaparición de situaciones ansiógenas disminuye la frecuencia de grandes crisis de tartamudeo tónico y clónico.

F. Fransella (1971) critica las teorías psicoanalíticas sobre la tartamudez. Propone la aplicación a los tartamudos de un tratamiento fundado en la "teoría de las construcciones personales" de G. Kelly.

V. — TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN NIÑOS PSICÓTICOS

Al igual que otros autores (véase el Cap. *Psicosis infantiles*), abordamos el problema de acuerdo con R. Diatkine y D. Kalmanson. En todos nuestros casos de niños psicóticos hay una específica perturbación de la relación con los demás. Habida cuenta de la diversidad de cuadros clínicos, dividiremos los trastornos del lenguaje en cinco grupos:

— *Trastornos del lenguaje en las llamadas formas autistas.* El lenguaje aparece tarde; el niño no tiene mayor interés por hablar que con las personas que le rodean. Hasta los 4-5 años, con el descubrimiento de las personas, no comienza a interesarse por la comunicación por las fórmulas abstractas inicialmente —cifras, fórmulas matemáticas—, por expresarse mediante dibujos estereotipados y, por último, por su expresión oral. Su retraso oral afecta tanto a la comprensión como al habla real. A veces leen según un nivel superior, a partir de su lectura puede comenzar a consolidarse su lenguaje. Tal evolución a veces no es posible sin una reeducación y una psicoterapia conjuntas. Paralelamente hay desplazamiento del interés hacia los objetos inanimados y de su aspecto formal hacia quienes le permiten alcanzar los mecanismos identificatorios y de identidad, con el uso de los pronombres y de las correspondientes formas verbales.

— *Trastornos del lenguaje por alteraciones de las primeras relaciones.* Tales niños están interesados por quienes les rodean, mas sin discriminación de apetencias afectivas. En tales casos su vocabulario es extremadamente pobre y su habla se caracteriza por formas ideoglósicas, palabras deformadas, párrafos correctamente reproducidos pero empleados en sentido totalmente diferente del uso normal.

— *Trastornos por regresión posterior al establecimiento de las primeras relaciones.* Son niños normalmente desarrollados, con un nivel léxico y constructivo normal, que a raíz de alteraciones psicopsíquicas presentan una regresión que degenera en un persistente mutismo.

— *Trastornos en niños aparentemente oligofrénicos.* Entran en el marco de las psicosis infantiles, trátase de pseudooligofrenia o de ligera oligofrenia psicotizada. Tales niños tienen un habla retardada, al igual que su conducta; o bien en ellos se advierte una falta de lenguaje, o bien una regresión, tras haber estado inicialmente bien constituida.

— *Trastornos del lenguaje a consecuencia de tempranas frustraciones.* En este cuadro entra el retraso de la aparición del lenguaje en niños que tuvieron frustraciones precoces. El retraso ha sido advertido en este caso por D. Burlingham y R. Spitz, aun cuando también la posterior organización del lenguaje puede quedar alterada.

A nuestro entender, quizás haya que distinguir dos formas diferentes; una, cuando la alteración del lenguaje es global, de tipo pseudooligofrénico, y poco móvil por no haber sido tratado desde un primer momento o por haberlo sido demasiado precozmente, logopédica y psicoterápicamente. Sus primeras formas están en el cuadro del aislamiento comunicativo y adquieren una forma estereotipada, monofónica, poco abiertas al diálogo. Las segundas pueden tener una evolución inicial ecológica de juegos silábicos con un personal sistema fónico articulatorio, y van al aprendizaje partiendo de la acción lúdica. Al abrirse el diálogo, algunos de estos casos hacen progresos muy aceptables mientras que otros evolucionan con un grave retraso en el habla. El vocabulario es más o menos rico, los párrafos se forman por adiciones de términos sin verbo, y el pronombre personal tarda en emplearse. El nominar se hace por aproximación, el niño utiliza términos poco precisos que tan sólo se semejan a los reales por asonancia o por aproximación a otros términos con caracteres comunes. Su manera de hablar es muy defectuosa, desordenada, no lineal, y se describe el desarrollo de la acción con variaciones sin contar con su desarrollo temporal o espacial o con la unidad de lo descrito. En tales casos, especialmente en formas deficitarias o psicóticas tardías, el vocabulario puede ser bastante rico, aunque a veces estereotipado, de fórmulas hechas, monólogos interrogativos acerca de la realidad de las cosas, nociones espaciotemporales. Vemos así niños que se han creado un personal sistema lingüístico —juegos de palabras, empleo de palabras ajenas, neologismos—, y otros, especialmente en las formas tardías, cuyos párrafos pueden ser ricos y buena su sintaxis, con el único inconveniente de que el fondo de sus palabras se refiere a su vida fantasmática, que exponen como real y con riqueza emotiva, como si no les concerniera en absoluto. La comunicación con los demás suele ser una mezcla de diálogo y monólogo en que el niño incorpora sus elementos parásitos.

Las características de las alteraciones del habla nos orientan como medida sobre la gravedad del pronóstico de los niños esquizofrénicos, ya que el inicio de un lenguaje comunicativo es un determinante crítico de la evolución. B. Fish y otros, al estudiar los niños de 2 a 5 años con evidente retraso de las relaciones sociales y con menos del 70% de la función del lenguaje correspondiente a su edad cronológica (niños sin alteraciones focales del sistema nervioso ni convulsiones, pero "capeando" ciertas psicosis retenidas), establecen categorías en función del nivel de su lenguaje, gamas de adquisiciones y unas facultades de adaptación y explotación cuyo interés conviene destacar.

VI. — EL MUTISMO EN EL NIÑO

Incluimos en este cuadro únicamente el mutismo adquirido en un sujeto cuyo lenguaje está constituido y cuyos trastornos no entran en el cuadro de la afasia. La mudez, tratada en otro lugar bajo la forma de audiomudez, o en el marco complejo de la mudez de niños autistas, o en lo que ha podido llamarse "mudez primaria" (C. Kohler y J. Vuagnat, J. M. Paise), plantea problemas diferentes en razón de trastornos orgánicos probables, o de lo precario de los investimentos de la función del lenguaje en el curso del desarrollo incluso de la funcionalidad de estos investimentos.

Puede describirse esquemáticamente dos tipos de mutismo: el mutismo total adquirido y el electivo.

— El mutismo total adquirido, que incluye el mutismo histérico y otros signos de la serie histérica, y el "mutismo timogénico" de J. Waterink y R. Vedder, que sobreviene tras un fuerte choque afectivo; el mutismo ideógeno de que hablan dichos autores procede de la idea de que el aparato fonador está enfermo, mutismo que suele ir acompañado de una enfermedad de la laringe, basado a menudo en una afección verdadera, pero benigna, de este aparato; el mutismo de carácter benigno en niños con habla retrasada (Cl. Launay) o incluso en niños sin retraso alguno (mutismo durante cuatro días, seguido de tartamudez durante tres meses en un caso de M. Schachter).

— El mutismo electivo de J. Tramer, caracterizado por no aparecer sino ante determinadas personas. El mutismo intrafamiliar puede aparecer ya a partir de los 3 años, a manera de oposición por las desatenciones familiares, más frecuentemente, hacia los 6 años, en el momento de iniciar la escuela. Según S. Lebovici y cols., el mutismo no es sino un síntoma, siempre asociado a otros síntomas, de los cuales los más frecuentes son: inhibición motora, oposición, enuresis y anorexia. J. Tramer insiste en el carácter familiar de dichas formas, cosa que suele ser cierta, ya que en la familia o en la hermandad suelen darse casos semejantes. S. de Vault y su equipo publican la observación de dos gemelos monocigóticos cuyo mutismo se inicia al morir su abuela materna y se caracteriza por el silencioso enfrentamiento con la abuela paterna.

Si algunos autores se han dedicado a describir las características del niño con mutismo: niño sensible, en el sentido de Kretschmer, tímido, susceptible a las bromas y a la ironía y falto de seguridad (D. J. Salfeld), otros consideran este mutismo como en relación con un trastorno neurótico de tipo histerofóbico u obsesivo-compulsivo (B. Pustrom y R. W. Speers), o con un trastorno psicótico o prepsicótico. G. F. Reed considera que el mutismo electivo no es una entidad clínica, sino más bien una reacción psicogénica anormal que puede ser considerada como un comportamiento aprendido, dependiendo de toda una variedad de factores precipitantes en los sujetos de personalidades diferentes.

— El mutismo electivo del adolescente, descrito por S. L. Kaplan y P. Escoll (1973), representaría, según estos autores, el punto extremo del comportamiento del adolescente pasivo, agresivo, deprimido, retraído. Este silencio, sobre todo intrafamiliar (y frente al terapeuta), aparece después de los 12 años y no es el motivo de consulta, las quejas principales comprenden tentativas de suicidio, robo, reacciones de conversión; el diagnóstico propuesto por los autores es "trastornos de personalidad histé-

rica". En la anamnesis, se apuntan dificultades alimenticias en la primera infancia y amplias variaciones de peso recientes, una pérdida traumática por divorcio de los padres o por la muerte de un pariente en la temprana infancia, sentimientos de depresión y de aislamiento durante el período de latencia. Según estos autores, los factores dinámicos centrales, preedípicos, del mutismo electivo de la infancia —dependencia, separación, analidad— se encuentran de nuevo en el mutismo de la adolescencia, pero además la comprensión de un conflicto sexual es crucial para elucidar la etiología del silencio. En su estudio sobre los adolescentes, encontraron que no podían volverse hacia objetos heterosexuales fuera de la familia para defenderse contra los sentimientos edípicos acrecentados hacia el padre, porque no habían elaborado los problemas preedípicos de la separación-individualización con respecto a la madre y porque la familia se oponía a relaciones significativas con cualquiera que fuese fuera de la casa. El silencio resolvía el problema de la separación, el problema de la prohibición de la expresión de cólera y el problema de la estimulación de los sentimientos sexuales hacia el padre del sexo opuesto.

El mutismo electivo que está ligado al ambiente, no puede comprenderse fuera de su marco. A. Elson y cols., consideran que estos trastornos se producen dentro de un marco familiar particular: madre ambivalente cuyas relaciones con el niño son de dependencia-hostilidad, padre pasivo y desinteresado. P. Aimard intenta explicar los trastornos de esta relación del niño con los suyos e intenta comprender qué aspecto del lenguaje se ha convertido en mágicamente envenenado. En efecto, el mutismo del niño se dirige a alguien: a los que le han dado las razones para que aparezca y su significado se inscribe siempre en la historia familiar perturbada. La disarmonía profunda de la pareja es el origen de una inseguridad grave en el niño. En algunos casos, como lo indica este autor, la madre puede mantener con el niño lazos demasiado densos que lo asfixian, lo cual, en una situación extrema, representa un investimento negativo del lenguaje que no sólo no es utilizado positivamente en la relación madre-niño, sino que reviste un significado mágico rechazable: su adquisición pondría en peligro los vínculos madre-niño, la acción del lenguaje es rechazada con angustia, ya que significaría alejamiento, pérdida de la madre, y para la madre, pérdida del niño o del valor simbólico que ella le inviste.

En nuestra opinión, estos cuadros, corresponden más al retraso del lenguaje que al mutismo propiamente dicho. En efecto, existen niños que han invertido el lenguaje y que en presencia del tipo de relación descrita anteriormente, lo desinvisten posteriormente en el momento del período escolar. Más frecuente nos parece la hipótesis emitida por P. Aimard según la cual el niño utiliza el lenguaje como un arma, utiliza el habla o el silencio según quiera gratificar o castigar. La conducta silenciosa del niño sirve como arma agresiva y la huida en el silencio aparece como la expresión de una hostilidad por la retirada de la situación. En otros casos, como indica este autor, el lenguaje es sobreinvertido, es decir, presenta un valor comunicativo excesivo insoportable. Este mutismo excluye toda amenaza de diálogo, esta retirada fuera del mundo del habla hace la relación menos angustiosa. Por otro lado, en los niños prepsicóticos, a veces, ciertas formas de lenguaje pueden convertirse en origen de angustia cada vez más insoportable, las palabras "prohibido", "malo", "peligroso", llegan a tomar tal importancia que aquellas que pueden utilizar sin angustia se reducen cada vez más hasta el punto que el mutismo puede aparecer como un último refugio, un abandono de todo lenguaje y de toda comunicación.

Al igual que el niño en el período preverbal utiliza los esfínteres o el sistema oro-alimenticio en la afirmación de sí mismo, igualmente el mutismo se presenta como una forma más elaborada del mecanismo de pasividad o de protesta. En el

curso de su evolución, el niño puede perder la apetencia del lenguaje, y halla en su silencio recursos íntimos, y en su nuevo modo de vida, sus satisfacciones. El odio reemplaza el amor deseado y al no encontrar un compromiso entre sus problemas intrapsíquicos, que él rechaza abordar, y sus padres hacia los cuales reacciona de manera muy primitiva, el mutismo es para el niño un arma que le da una impresión de omnipotencia. Por las reacciones que provoca en el medio familiar, la angustia y las relaciones tensas que crea, hacen del silencio una hipercomunicación llena de sentido, de agresión y de masoquismo, una escena en la cual el niño es actor y espectador del sufrimiento de sus padres de quien no quiere separarse pues, en su ausencia, su familia no podría "oír" su silencio. Por numerosos puntos el mutismo se parece a la anorexia con la cual puede, por otra parte, estar asociada.

El tratamiento del mutismo no puede definirse de una manera unívoca, el mutismo total postemocional o histérico puede ser modificado por la sugestión. En cuanto al mutismo selectivo, en los casos de origen neurótico, un tratamiento psicoanalítico puede conducir a una evolución favorable (G. Heuyer y S. Morgenstern; S. Lebovici y cols.). Para S. Lebovici y cols., en los adolescentes el psicodrama parece un instrumento útil para comenzar el trabajo necesario sobre las defensas de carácter que tienen una gran importancia en estos sujetos.

Según S. L. Kaplan y P. Escoll, la aceptación confortable y simpatizante del silencio del adolescente por el terapeuta, sin acusación colérica es un alivio para el paciente; el terapeuta puede dar su permiso explícito para estar silencioso y debe él mismo hablar, centrando el problema sobre la separación.

El mutismo selectivo puede ser modificado en ciertos casos por una separación y situando al niño en un medio institucional en el cual el lenguaje está muy investido (A. Elson y cols., A. Misch) o en un marco psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Obras generales de psicopatología

- Aimard, P. — *L'enfant et son langage*. Simep-Éditions, Villeurbanne, 1972.
- Azcoaga, J. E., Derman, B., y Frutos W. M. — *Alteraciones del lenguaje en el niño*. Editorial Biblioteca, Rosario, 1971.
- Cohen, M., Lezini, I., Kocher, F., Brauner, A., Lentini, L., y Tabouret-Keller, A. — *Études sur le langage de l'enfant*. Éd. du Scarabée, Paris, 1962.
- Launay, Cl., y Borel-Maisonny, S. — *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*, Toray-Masson, Barcelona, 1975, 424 págs.
- Affolter, F. — Thinking and language, 116-123. En: *International research seminar on the rehabilitation of deaf people*; Lloyd, G. T., dir., U. S. Department of health, education and welfare, Washington, D. C., 1968.
- Quirós, J. B. de, Cowes, L. Goetter, R. Schrager, O. Tormakh, E. — *Los grandes problemas del lenguaje infantil*. Centro médico de investigaciones. Buenos Aires, 1969.
- Seeman, M. — *Les troubles du langage chez l'enfant*. Presses académiques européennes, Bruselas, 1967.
- Travis, L. E. — *Handbook of speech pathology*. Appleton-Century Crofts, Nueva York, 1957.
- Ajuriaguerra, J. de. — A propos des troubles de l'apprentissage de la lecture. Critiques méthodologiques. *Enfance*, 1951, 4/5, 389-399.
- Ajuriaguerra, J. de. — *Langage, geste, attitude motrice*. La Voix, 1 vol., 1953, 79-94.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. de. — Troubles du langage chez l'enfant au cours des lésions cérébrales en foyer et des démences. *J. franç d'O.-R.-L.*, 1958, 7, 225-240.
- Ajuriaguerra, J. de. — Sprachstörungen beim Kind und Hemisphärenasymmetrie. *Wien. Z. Nervenheilk.*, 1965, 22, 1-27.
- Ajuriaguerra, J. de. — Speech disorders in childhood. En *Brain Function*, 117-140. Vol. III, Speech, Language and Communication Edit. by E. C. Carterette, Publ. University of California Press, 1966.
- Ajuriaguerra, J. de, Borel-Maisonny, S. Narlian, S. y Stambak, M. — Le groupe des auditivités. *Psychiat. Infant*, 1958, 1, 6-62.
- Ajuriaguerra, J. de, Diatkine, R. Gobineau, H. de, Narlian, R. y Stambak, M. — Le bégaiement. Trouble dans la réalisation du langage dans le cadre d'une pathologie de la relation. *Presse méd.*, 1958, 66/42, 953-956, et 46, 1037-1040.
- Ajuriaguerra, J. de, Diatkine, R., y Kalmanson, D. — Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces. *Psychiat. Infant*, 1959, 2/1, 1-65.
- Ajuriaguerra, J. de, Guignard, F., Jaeggi, A., Kocher, F., Maquard, M., Paumier, A., Quinodoz, D., y Siotis, E. — Organisation psychologique et troubles du développement du langage. En *Problèmes de psycholinguistique*, págs. 109-142. P.U.F., Paris, 1963.
- Ajuriaguerra, J. de, Inhelder, B., y Sinclair, H. — L'ontogenèse du langage. *Rev. Prat.*, 1965, 15/17, 2241-2250.
- Ajuriaguerra, J. de, Jaeggi, A., Guignard, F., Maquard, M., Roth, S., y Schmid, E. — Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiat. Infant*, 1965, 8, 391-453.
- Alarcos Llorach, E. — L'acquisition du langage par l'enfant. En *Le langage* (publicado bajo la dirección de A. Martinet). Encyclopédie de la Pléiade N.R.F., Paris, 1968.
- Amado Levy-Valensi, E. — *Le dialogue psychanalytique*. Flammarion, Paris, 1963.
- Andrews, G., y Harris, B. — *The syndrom of stuttering*, 1 vol. The Lavenham Press, Suffolk, 1964.
- Anzieu, A. — Sur quelques traits de la personnalité du bégue. *Bull. Psychol. Numéro spécial: psychologie clinique*, 1968, 270, 21, 15-19, 1022-1028.
- Belmont, L., y Birch, H. C. — Lateral dominance, lateral awareness and reading disability. *Child Develop.*, 1965, 36/1, 57-72.
- Benton, A. L. — Dyslexia in relation to form perception and directional sense. En *Reading disability progress and research needs in dyslexia*. Ed. J. Money. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1962.
- Benton, A. L. y Kemble, J. D. — Rightleft orientation and reading disability. *Psychiat. and Neurol.*, 1960, 139, 49-60.
- Benveniste, E. — *Le langage et l'expérience humaine*. Diogenes 51, Gallimard, Paris, 1965.
- Benveniste, E. — Remarques sur la fonction du langage dans la découverte freudienne. *La psychanalyse*, vol. 1, 1956, 3-16.
- Berko, J. — The child's learning of English morphology. *Word*, 1958, 14, 150-177.
- Bernstein, B. B. — Social class and linguistic development: a theory of social learning, 288-314. En: *Economy, Education and Society*; Halsey, A. H., Floud, J., Anderson, C. A., eds., Free Press, Nueva York, 1961.
- Best, F. — Les méthodes d'apprentissage de la langue écrite en France en 1970. En: M. Stambak y cols., *La dyslexie en question*. Armand Colin, Paris, 1972.
- Blanche-Benveniste, C., y Chervel, A. — *L'orthographe*. François Maspero, Paris, 1969.
- Bloch, O. — Notes sur le langage d'un enfant. *Mém. Soc. Linguist. Paris*, 1913, 18, 37-59.
- Bloomfield, L. — *Language*. Nueva York. Allen et Unwin Ltd. Londres, 1933.
- Boder, E. — Developmental dyslexia: prevailing diagnostic concepts and a new diagnostic approach, 293-321. En: *Progress in learning disabilities*; Myklebust, R. H., dir. Grune and Stratton, Nueva York, 1971.
- Borel-Maisonny, S. — *Langage oral et langage écrit*. 2 vols. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1960.
- Borel-Maisonny, S. — Les troubles du langage dans le bégaiement. *J. fr. d'Oto-Rhino-Laryng. et Chir. Maxillo-fac.*, 1960, 9, n.º 3, 243-260.
- Borel-Maisonny, S. — Les troubles de la parole. *L'année psychologique*, 1966, 66/1, 167-187.
- Borel-Maisonny, S. — Les troubles de la parole. En *Le Langage* (publicado bajo la dirección de A. Martinet). Encyclopédie de la Pléiade, R. F., Paris, 1968.
- Brady, J. P. en Fransella.
- Branco-Lefevre, A. — Contribuição para o estudo da psicopatologia da afasia em criança. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* (São Paulo), 1950, 8, 345-393.

- Braun-Lamesch, M.-M. — *La compréhension du langage par l'enfant*. P.U.F., Paris, 1972.
- Brisset, C. — L'aphasie congénitale en regard des théories de l'aphasie. *Évolut. Psychiat.*, 1948, 12/2, 41-56.
- Brossard, M. — Langage, opérativité, milieu culturel (Réflexions à propos d'un livre récent). *Numéro spécial, Enfance*, 1972, 5, 455-468.
- Brown, R., y Fraser, C. — The acquisition of syntax, 43-79. En: *The acquisition of language*, Bellugi, U., Brown, R., eds.; Purdue University Press, Lafayette, 1964.
- Bruner, J. S. — The course of cognitive development. *Amer. Psychologist.*, 1964, 19.
- Bryngelson, B. — Stuttering and personality development. *Nerv. Child.*, 1943, 2, 162-166.
- Cahn, R., y Mouton, Th. — *Affectivité et troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adolescent*. Privat, 1967.
- Carterette, E. C. ed. — *Brain Function*. Vol. III Speech, language and communication. Univ. of California Press. Los Angeles, 1966.
- Cohen, M., Lezine, I., Kocher, F., Brauner, A., Lentini, L., y Tabouret-Keller, A. — *Études sur le langage de l'enfant*. Les Éditions du Scarabée, Paris, 1962.
- Coleman, R., y Deutsch, C. — Lateral dominance and right-left discrimination: A comparison of normal and retarded readers. *Perceptual and motor skills*, 1964, 19, 43-50.
- Collignon, R., Hecaen, H., y Angelergues, R. — A propos de 12 cas d'aphasie acquise de l'enfant. *Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 1968, 245-277.
- Coserius, E. — Citado por M. Leroy en: *Les grands courants de la linguistique moderne*. P.U.F., Paris, 1963.
- Critchley, E. M. R. — Reading retardation, dyslexia and delinquency. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114, 1537-1547.
- Critchley, M. — *Developmental dyslexia*. Heinemann Medical Books. Londres, 1964.
- Chassagny, Cl. — *Manuel pour la rééducation de la lecture et de l'orthographe*. Noret, Paris, 1962.
- Chemama, J.-C. — Première recherche sur les acquisitions des gnosies, des praxies et du langage chez les enfants atteints d'hémiplégie congénitale. *Thèse Paris*, 1956.
- Cherry, C., y Sayers, B. — Experiments upon the total inhibition of stammering by external control, and some clinical results. *J. Psychosom. research*, 1956, 1, 223-246.
- Chiland, C. — Les enfants mauvais en orthographe. *Psychiat. Enfant*, 1963, 6/2, 375-408.
- Chomsky, N. — *Le langage et la pensée*. Payot, Paris, 1970.
- Chomsky, N. — *Aspects de la théorie syntaxique*. Seuil, Paris, 1971.
- Chomsky, N., y Miller, G. A. — *L'analyse formelle des langues naturelles*. Gauthier-Villars, Paris, 1968.
- Day, E. J. — The development of language in twins. *Child Develop.*, 1932, 170-199.
- Debray-Ritzen, P., y Melekian, B. — *La dyslexie de l'enfant*. Casterman, Paris, 1970.
- Deese, J. — *Psycholinguistics*. Allyn and Bacon, Boston, 1970.
- Delacroix, H. — L'activité linguistique de l'enfant. *Journ. Psych.*, 1924, 21, 4-17.
- Delacroix, H. — *L'enfant et le langage*. Alcan, Paris, 1934.
- Diatkine, R. — Facteurs psychiques dans la genèse, l'évolution et le traitement du bégaiement. *J. fr. d'Oto-Rhino-Laryng. et Chir. maxillo-fa.*, 1960, 9, n.º 3, 261-279.
- Diatkine, R., Baland, N., Coppel, L., Lavondès, V., Marin, A., y Wayenbergue, M. Van. — Les troubles d'apprentissage du langage écrit: dyslexie et dysorthographe. *Psychiat. Enfant*, 1963, 6/2, 281-351.
- Dinville, C., y Gaches, L. — Le bégaiement, 347-381. En: *Les troubles du langage, de la parole et de la voix*; Launay, Cl., Borel-Maisonny, S., Masson et Cie, ed., Paris, 1972.
- Eisenson, J., Auer, J. H., e Irwin, J. V. — *The psychology of communication*. Appleton Century Crofts, Nueva York, 1963.
- Elson, A., Pearson, C., Jones, C. D., y Schumacher, E. — Follow-up study of childhood elective mutism. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, 13, 182-187.
- Ervin, S. M., y Miller, W. R. — Language development. *Year Nat. Soc. for the Study Educ.*, 1963, 62, 108-143. Chicago Univ. Press, Chicago.
- Fenichel, O. — *La théorie psychanalytique des névroses*. P.U.F., Paris, 1953.
- Ferreiro, E. — *Les relations temporelles dans le langage de l'enfant*. Droz, Paris, 1971.
- Fish, B., Shapiro, Th., Campbell, M., y Wile, R. — A classification of schizophrenic children under five years. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 124/10, 1415-1423.

- Fonagy, I. — Bases pulsionnelles de la phonation. *Rev. Franç. Psychanal.*, 1971, 25, 4, 543-591.
- Fransella, F. — A personal construct theory and treatment of stuttering. *J. psychosom. Res.*, 1971, 15, 433-438.
- Fransella, F. — *Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering*. Academic Press, Londres y Nueva York, 1972.
- Fraser, C., Bellugi, U., y Brown, R. — Control of grammar in imitation, comprehension and production. *J. Verbal learning and verbal behavior*, 1963, 2, 121-135.
- Froeschels, V. — *Lehrbuch der Sprachheilkunde*. Leipzig, Deuticke, 1931.
- Froeschels, E. — Cluttering. *J. of Speech Dis.*, 1946, 2.
- Froeschels, E. — New viewpoint on stuttering. *Folia Phoniat.*, 1961, 13, 187-201.
- Furth, H. G. — *Thinking without language: Psychological interpretation of deafness*. Free Press, Nueva York, 1966.
- Galifret-Granjon, N., y Ajuriaguerra, J. de. — Troubles de l'apprentissage de la lecture et dominance latérale. *Encéphale*, 1951, 41/5, 385-398.
- Galifret-Granjon, N. — L'apprentissage de la langue écrite et ses troubles. *Bull. Psychol.*, 1966, 247, 19/8-12, 466-474.
- Gelbert, G. — Vues nouvelles sur la dyslexie. *Psychiat. Enfant*, 1963, 6/2, 353-373.
- Geschwind, N. — The anatomy of acquired disorders of reading. En *Reading disability*. Edit. por J. Money. Johns Hopkins Press, 1962.
- Girard. — Citado por Hecaen, H., Ajuriaguerra, J. de, en: *Les gauchers*. P.U.F., Paris, 1963.
- Goody, W., Reinhold, M. — Congenital dyslexia and asymetry of cerebral function. *Brain*, 1961, 56, 206-212.
- Grégoire, A. — L'apprentissage du langage. Vol. I: *Les deux premières années*, Paris, Alcan, 1937; vol. II: *La troisième année et les années suivantes*, Oroz, Paris, 1947.
- Guberina, P. — Citado en: *Méthode verbotonale de rééducation de l'audition et de la parole*; Vial, M., Schmidtbauer-Rocha, P., C.R.E.S.A.S., Paris, 1972.
- Guiraud, P., Seguy, J., Verguin, J., Oleron, P., Bresson, F., Malrieu, Ph., Simon, J. — Quelques problèmes de la sémantique. Conférences d'un colloque de la Société d'études psychologiques de Toulouse, 15 mayo 1965. *Languedoc Psychol.*, 1966, 1/2-3, 77 págs.
- Guttmann, E. — Aphasia in children. *Brain*, 1942, 65, 205-219.
- Hallgren, B. — Difficulties in reading and writing, genetic aspects. *Nordisk medicin*, 1958, 59/15, 516-518.
- Hallgren, B. — Specific dyslexia: A clinical and genetic study. *Acta Psychiat. Neurol.*, 1960, suppl. n.º 65.
- Harris, A. J. — Lateral dominance, directional confusion and reading disability. *J. Psychol.*, 1957, 44, 283-294.
- Harris, Z. S. — *Structural linguistics*, 2ª ed., Chicago, 1960.
- Hecaen, H., y Ajuriaguerra, J. de. — *Les gauchers*. P.U.F., Paris, 1963.
- Hecaen, H., Ajuriaguerra, J. de, y Angelergues, R. — Les troubles de la lecture dans le cadre des modifications des fonctions symboliques. *Psychiat. Neurol.*, 1957, 134/2, 97-129.
- Hermann, K. — Reading disability: A medical study of Word Blindness and related Handicaps. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill. 1959.
- Hirsch, K. de, Jansky, J. y Langford, W. C. — *Predicting reading failure*. Harper and Row, Publishers, N. Y. Londres, 1956.
- Hjelmlev, L. — La structure méthodologique, 122. En: *Essais linguistiques*. Nordisk Sprog-og Kulturforlag, Copenhagen, 1959.
- Inhelder, B., y Siotis, E. — Observations sur les aspects opératifs et figuratifs de la pensée chez des enfants dysphasiques, 143-152. En: *Problèmes de psycholinguistique*, P.U.F., Paris, 1963.
- Insabato, L. — Sulla fisiopatologia del solletico. *Riv. patol. nerv. ment.*, 1921, 26, 5-6, 121-167.
- Irwin, O. C. — Speech development in the young child. *J. Speech Hear. Dis.*, 1952, 17, 269-279.
- Jacob, A. — *Points de vue sur le langage*, Klincksieck, Paris, 1969.
- Jakobson, R. — *Essais de linguistique générale*, 260 p. Les Éditions de Minuit, Paris, 1963.
- Jansky, J., e Hirsch, K. de. — *Preventing reading failure*. Harper et Row, Nueva York, 1972.
- Jespersen, O. — *Language: its nature, development and origin*, Londres, 1922.
- Johnson, W. — *Stuttering in children and adults*. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1955.
- Kalverboer, A. F., y Le Coulter, R., Casaer, P. — Implications of congenital ophthalmoplegia for the development of visuo-motor

functions (illustrated by a case with the Moebius syndrome). *Devel. Med. and Child Neurol.*, 1970, 12, 5, 642-654.

Kant, K., y Ahuja, Y. R. — Inheritance of stuttering. *Act. méd. auxol.*, Milán, 1970, 2/3, 179-191.

Kaplan, S. L. y Escoll, P. — Treatment of two silent adolescent girls. *J. Amer. of Child Psychiat.*, 1973, 12, 1, 59-72.

Karlin, I. W. — Congenital verbal auditory. Agnosia word deafness. *Pediatrics*, 1951, 7, 60-68.

Kelly, G. — En Fransella.

Kocher, F. — *La rééducation des dyslexiques*. P.U.F., Paris, 1962.

Kohler, C. y Vuagnat, J. — Mutisme et mutité. *Ann. méd. psychol.*, 1971, 129, 2/4, 509-520.

Koupernick, C. y Dailly, R. — *Développement neuro-psychique du nourrisson*. P.U.F., Paris, 1968.

Kucera, O. y Matějček, Z. — Experiences with specific dyslexia among Czech children. *A Criança port.*, 1958, 17, 893-902.

Lacan, J. — Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *Psychanal.*, 1956, 7, 81-166.

Lafon, J. Cl. — La mesure de l'audition chez l'enfant. *Méd. et Hyg.*, 1963, 23, 611, 830-833.

Lambert, W. E. — Psychological approaches to the study of language. Parte II: on second language learning and bilingualism. *The modern language Journal*, 1963, 67, 3, 114-121.

Lamy, M., Launay, C. y Soulé, M. — Dyslexie spécifique chez deux jumeaux identiques. *Sem. Hôp. Paris*, 1952, 28, 1475-1477.

Langevin, Cl. — A la recherche d'une définition de la lecture. *Rééducation orthophonique*, 1968, 39, 382-390.

Lanyon, R. L. — En Fransella.

Launay, Cl. — Le bégaiement. *Bull. Soc., Alfred-Binet et Théodore-Simon*, 1964, 64/6, 185-198.

Launay, Cl. — Les retards d'élaboration du langage. *Pr. méd.*, 1965, 73, 421-424.

Launay, Cl. — Aspect neuropsychiatrique du bégaiement. *Rev. Laryng.*, 1969, 90, 7-8, 361-372.

Launay, Cl. y Soulé, M. — Apprentissage de la lecture et de l'écriture chez l'enfant. Les inaptitudes dyslexie-dysgraphie. *Encyclopédie, médico-chirurgicale, deuxième enfance*, 1952, 26675 A 10.

Launay, C. y Soulé, M. — Trois cas d'audimutité. *Arch. franç. Pédiat.*, 1952, 9, 754-759.

Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. — Retard simple du langage. *Arch. franç. Pédiat.*, 1955, 12, 169-185.

Lawton, D. — *Social class, language and education*. Routledge and P. Kegan, Londres, 1968.

Lebovici, S., Diatkine, R., Klein, F., y Diatkine-Kalmanson, D. — Le mutisme et les silences de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1963, 6/1, 79-138.

Lee, B. S. — Artificial stutter. *J. Speech Hearing disorders*, 1951, 16, 53-55.

Leischner, A. — *Die Störungen der Schriftsprache*. Georg Thieme, Verlag, Stuttgart, 1957.

Lenneberg, E. H. — *Biological foundations of language*. John Wiley and Sons, Inc., Nueva York-Londres-Sydney, 1967.

Lennon, E. J. — Le bégaiement, thérapeutiques modernes. G. Doin et Cie, edit., Paris, 1962.

Lentin, L. — *Apprendre à parler à l'enfant de moins de 6 ans. Où? Quand? Comment?* Les éditions E.S.F., Paris, 1972.

Leopold, W. F. — *Speech development of a bilingual child; a linguist's record*, 4 vols, Chicago, 1939.

Leopold, W. F. — *A bibliography of child language*. Evanston, Ill., U.S.A., 1952.

Leopold, W. F. — *Kindersprache. Phonetica*, 1959, 4/4, 191-214.

Leroy, M. — *Les grands courants de la linguistique moderne*. P.U.F., Bruselas y Paris, 1963.

Leroy-Boussion, A. — La fusion auditivophonetique d'un son consonne et d'un son voyelle en unité syllabique au début de l'apprentissage de la lecture chez l'enfant. *Rev. Psychol. franç.*, 1963, 8/4.

Leroy-Boussion, A. — L'intériorisation de la lecture entre 5-8 ans. *Journ. Psychol. norm. et Pathol.*, E.U.F., 1964, 3, 295-312.

Lesèvre, N. — Les mouvements oculaires d'exploration: étude électro-oculographique comparée d'enfants normaux et dyslexiques. *Thèse Faculté Lettres et Sciences humaines Paris*, 1964, 414 pág., (dactil).

Lewis, M. — *Infant speech. A study of the beginnings of language*. Nueva York, The Humanities Press. Londres, Routledge et Kegan, 1951.

Lewis, M. — *Language, thought and personality in infancy and childhood*. Basic Books, Nueva York, 1963.

Ley, J. — Un cas d'audimutité idiopathique. Aphasie congénitale chez les jumeaux monozygotes. *Encéphale*, 1929, 24, 121-165.

Ley, J. — Les troubles du développement du langage. *J. belge Neurol. Psychiat.*, 1930, 33, 415-457.

Lézine, I. — Problèmes posés par l'apprentissage du langage chez le jeune enfant, en fonction de ses différents milieux de vie. En *Études sur le langage de l'enfant*. Éditions Scarabée, 1962.

Liessens, P. — Un cas d'audimutité idiopathique. *J. belge Neurol. Psychiat.*, 1947, 47, 486-583.

Loperfido, E., y Savarino, G. — Dislessie e disgrafia dell'età evolutiva. *Infanc. anorm.*, 1964, 56.

Luria, A. R. — *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. Liveright, Nueva York, 1961.

Luria, A. R., Youdovitch, F. J. — *Speech and the development of mental process in the child*. Londres Staples Press, 1959.

Lutz, J. — Ueber die Schizophrenie im Kindesalter. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 18, 1, 108-155.

McCarthy, D. — Le développement du langage chez l'enfant. En Carmichael, L., *Manuel de psychologie de l'enfant*, 1952, t. II, cap. 10, 751-917.

McFie, J. — Intellectual impairment in children with localized post infantile cerebral lesions. *N. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1961, 24, 361-365.

McNeill, D. — Developmental psycholinguistics. En: *The genesis of language*; Smith, F., Miller, G. A., eds., M.I.T. Press, Cambridge, Mass., 1966.

McNeill, D. — *The acquisition of language*. Harper and Row, Nueva York, 1970.

Maistre, M. de. — *Dyslexie et dysorthographie*. Éditions Univ., Paris, 1968.

Malmberg, B. — *Les nouvelles tendances de la linguistique*. P.U.F., Paris, 1966.

Malrieu, Ph. — Remarques sur le genèse de la signification chez l'enfant. *Languedoc Psychol.*, 1966, 1/S2-3, 41-65.

Marie, P. — *Existe-t-il chez l'homme des centres préformés ou innés du langage?* Traux et mémoires, Masson et Cie, éd., Paris, 1926.

Martinet, A. — *Éléments de linguistique générale*, 223 pág. Librairie Armand Colin, Paris, 1964.

Mathis, M. — Caractère et affectivité des dyslexiques. *Sauvegarde de l'enfance*, 1966, 21, 219-231.

Meignan, D. — Alalie idiopathique ou d'évolution. *Gaz. méd. Fr.*, 1939, 46, 397-406.

Menyuk, P. — Syntactic structures in the language of children. *Child Dev. Monogr.*, 1963, 34, 2.

Merleau-Ponty, M. — *Signes*. Gallimard, Paris, 1960.

Miller, G. A. — *Langage et communication*. P.U.F., Paris, 1956.

Miller, G. A. — Some preliminaries to psycholinguistics. *Amer. Psychologist*, 1965, 20, 1, 15-20.

Miller, W. R., y Ervin, S. M. — The development of grammar in child language. En *First language acquisition*. Monogr. Soc. Res. Child. Develop., 29/1, 9-34. The Antioch Press, Ohio, U.S.A., 1964.

Misch, A. — Elektiver Mutismus im Kindesalter. *Z. Kinderpsychiat.*, 1952, 19, 48-87.

Money, J., ed. — *Reading disability. Progress and research needs in dyslexia*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1962.

Moor, L. — Données de l'examen psychologique de 25 adolescents hémiplegiques en fonction de l'âge d'apparition et du côté de la lésion cérébrale. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1961, 9, 9-10, 380-403.

Morgenstern, S. — Un cas de mutisme psychogène. *Rev. Franç. Psychanal.*, 1927, 1, 3, 492-505.

Morley, M. — *Development and disorders of speech in childhood*. Edimburgo, Livingstone, 1957.

Mounin, G. — *Les problèmes théoriques de la traduction*. N.R.F., 1963.

Mounin, G. — *Clefs pour la linguistique*. Éditions Seghers, Paris, 1968.

Mounin, G. — *La linguistique du XX^e siècle*. P.U.F., Paris, 1972.

Mucchieli, R. — Contribution à une phénoménologie du bégaiement. *Réed. Orth.*, 1968, 34, 87-92.

Mundler, F. — Les troubles de la parole dans l'infirmité motrice cérébrale. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9, 583-634.

Myklebust, H. R. — Aphasia in children. *Except. Child.*, 1952, 19, 9-14.

Nocton, F. — Aphasie acquise de l'enfant. Étude de 32 observations (dactil.). *Thèse, Paris*, Éditiones A.G.E.M.F., 1965.

- Oléron, P. — *Recherches sur le développement mental des sourds-muets. Contribution à l'étude du problème langage-pensée*. Éd. du C.N.R.S., Paris, 1957.
- Ombredanne, A. — Le mécanisme et la correction des difficultés de la lecture, connues sous le nom de cécité verbale congénitale. En *Rapport du 1^{er} Congrès de Psychiatrie infantile*, 1937, 201-233.
- Ombredanne, A. — *L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite*. P.U.F., Paris, 1951.
- Orton, S. T. — *Reading, writing and speech problems in children*. W. W. Norton and Co., Inc., Nueva York.
- Osgood, Ch., y Sebeok, T. — *Psycholinguistics. A survey of theory and research problems*. Indiana Univ. Press, 2^a ed., 1965.
- Paisse, J. M. — Un cas de mutité psychique chez le petit infirme moteur cérébral. *Ann. méd. psychol.*, 1972, 130, 2, 2, 227-240.
- Penfields, W., y Roberts, L. — *Secondes langues*, 270. En: *Langage et mécanismes cérébraux*. P.U.F., 1963.
- Piaget, J. — *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1923.
- Piaget, J. — Le langage et les opérations intellectuelles. En *Problèmes de psycholinguistique*, 5-61. P.U.F., Paris, 1962.
- Pichevin, C. — L'acquisition de la compétence entre 2 et 4 ans. *Problèmes de recherche. Psychol. franç.*, 1968, 13, 2, 175-186.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et C^{ie}, edit., Paris, 1936.
- Prieto, L. J. — La communication. La sémiologie, 99-144. En: *Le langage*; Martinet, A., (bajo la dir. de). Encyclopédie de la Pléiade, Gallimard, Paris, 1968.
- Pustrom, E., y Speers, R. W. — Elective mutism in children. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1964, 3, 2, 287-297.
- Quirós, J. B., de, y Götter, R. — *El lenguaje en el niño*. Centro de difusión fonaudiológica. Buenos Aires, 1964.
- Quirós, J. B. de. — Los grandes problemas del lenguaje infantil. En *Symposium de la Sociedad Argentina de Pediatría*. C.M.I., Buenos Aires (1969).
- Rabinovitch, R. D. — Dyslexia: Psychiatric considerations. En *Reading disabilities*. Edit. por J. Money, 73-81. Johns Hopkins Press, 1962.
- Reed, G. F. — Elective mutism in children: reappraisal. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1963, 4, 99-107.
- Richelle, M. — *L'acquisition du langage*. C. Dessart, Bruselas, 1971.
- Richelle, M. — Analyse formelle et analyse fonctionnelle du comportement verbal. *Bull. Psychol.*, Paris, 1971-1972, 5-9, 251-259.
- Rosen, C. L. — An investigation of perceptual training and reading achievement in first grade children. *Amer. J. Optom.*, 1968, 45, 322.
- Rostand, F. — *Grammaire et affectivité*. Vrin, ed., Paris, 1951.
- Roudinesco, J., Trelat, J., y Trelat, M^{me}. — Étude de 40 cas de dyslexie d'évolution. *Enfance*, 1950, 3/1, 1-32.
- Ruwet, N. — *Introduction à la grammaire générative*. Plon, Paris, 1970.
- Sacy, S. de. — *Bien lire et aimer lire*. Éditions E.S.F., Paris, 1960.
- Sadek-Khalil, D. — Principes généraux de la rééducation du langage. *Psychol. franç.*, 1959, 4/1.
- Salfeld, D. J. — Observations on elective mutism in children. *J. Ment. Sci.*, 1950, 96, 1024-1032.
- Sapir, E. — *Language*. Harcourt, Brace, Nueva York, 1921.
- Sapir, E. — *Le langage*. Payot, Paris, 1953.
- Satz, P., Rardin, D., Ross, J. — An evaluation of a theory of specific developmental dyslexia, 17-40. En: *Specific reading disability: advances in theory and method*; Bakker, D. J., Satz, P., eds., University of Rotterdam Press, 1970.
- Saussure, F. de, publ. por C. Bally, A. Séchehaye, y A. Riedlinger. *Cours de linguistique générale*, 331 pág. 5^a edit. Payot, Paris, 1955.
- Schachter, M. — Aphémie suivie de bégaiement d'origine psychotraumatique, chez une fillette de 4 ans. Rééducation psychagogique. Guérison. *Acta paedopsychiat.*, 1967, 34, 1, 1-32.
- Searle, J. R. — *Les actes de langage*. Herman, Paris, 1972.
- Searle, J. R. — Chomsky et la révolution linguistique. *La Recherche*, 1973, 4, 32, 235-242.
- Séchehaye, A. — Les trois linguistiques saussuriennes. *Vox Romanica*, 5, 1-48.
- Seeman, M. — Nouvelles théories sur la pathologie du bégaiement. *Presse méd.*, 1951, 59, 9, 164-165.
- Seemann, M. — *Les troubles du langage chez l'enfant*, 312 p. Presses Académiques Européennes, Bruselas, Librairie Maloine, S. A., Paris, 1967.

- Shirley, M. M. — *The first two years*. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1933.
- Silver, A. A., y Hagin, R. A. — Specific reading disability: Follow-up studies. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1964, 34/1, 95-102.
- Silvestre de Sacy, C. — *Prééducation collective des dyslexiques. Réadaptation*, 1961, n.º 77.
- Simon, J. — *Psychopédagogie de l'orthographe*. P.U.F., Paris.
- Sinclair de Zwart, H. — *Acquisition du langage et développement de la pensée. Sous systèmes linguistiques et opérations concrètes* (tesis n.º 23), 168 pág. Dunod, Paris, 1967.
- Skinner, B. F. — *Verbal behavior*. Appleton Century Crofts, Nueva York, 1957.
- Slama-Cazacu, T. — *La psycholinguistique*. Klincksiek, Paris, 1972.
- Slobin, D. I. — Comments on developmental psycholinguistics. En: *The genesis of language*; Smith, F., y Miller, G. A., eds. M.I.T., Press, Cambridge, Mass., 1966.
- Slobin, D. I. — A psycholinguistic approach. En: *The genesis of language*; Smith, F., Miller, G. A., dirs. M.I.T. Press, Cambridge, Mass., 1966.
- Smith, F., y Miller, G. A., dir. — *The genesis of language*. M.I.T., Press, Cambridge, Mass., 1966.
- Smith, Dechant. — *Psychology in teaching reading*. Kans. Univ. U.S.A., 1961.
- Stambak, M., Vial, M., Diatkine, R., y Plaisance, E., bajo la dir. de. — *La dyslexie en question*. Armand Colin, Paris, 1972.
- Stambak, M., y Vial, M. — Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle. *C.R.E.S.A.S.*, 1972, 7.
- Stein, C. — Le mutisme chez l'enfant. *Thèse, Paris*, 1954.
- Stein, L., y Mason, S. E. — Psychogenic and allied disorders of communication in childhood. En *Foundations of child psychiatry*. Edit. por E. Miller, Pergamon Press, Oxford-Nueva York, 1968.
- Tabouret-Keller, A. — A propos de l'acquisition du langage. *Bull. Psychol.*, 1966, 19/247, 437-451.
- Tomatis, A. — Relations entre l'audition et la phonation. *Ann. Télécommunicat.*, 1956, 11, 7-8.
- Tomatis, A. — *Éducation et dyslexie*. Éditions E.S.F., Paris, 1972.
- Tramer, M. — Elektiver Mutismus bei Kindern. *Z. Kinderpsychiat.*, 1934, 1, 30-35.
- Tramer, M. — *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*. Benno Schwabe Verlag, 2^a ed., Basilea, 1945.
- Tramer, M. — *Manuel de psychiatrie infantile générale*. P.U.F., Paris, 1949.
- Travis, L. E. dir. — *Handbook of speech pathology*. Nueva York, Appleton Century Crofts, 1957.
- Trelat, J. — Place de la psychothérapie dans la rééducation des dyslexies. *Sauvegarde de l'enfance*, 1965, n.º 4, 20/4, 356-364.
- Troubetzkoy, N. S. — Essai d'une théorie des oppositions phonologiques. *J. Psychol.*, 1936, 33, 1/2.
- Vault, S. de, Mora, G., y Schoper, E. — Elective mutism in identical twins: Dynamics and psychotherapy of identical twins selective mutism. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1962, 1, 41-52.
- Vetter, H. J. — *Langage et maladies mentales*. Éditions E.S.F., Paris, 1972.
- Vial, J. — *Pédagogie de l'orthographe française*. P.U.F., Paris, 1970.
- Vigotski, L. S. — *Thought and language*. The Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Mass. U.S.A., 1962.
- Ward, W. K. — *Stammering. A contribution to the study of its problems and treatment*. Hamish Hamilton Medical Books, Londres, 1941.
- Waterink, J., y Vedder, R. — Quelques cas de mutisme thymogénique chez des enfants très jeunes et leur traitement. *Z. Kinderpsych.*, 3, 101.
- Waterink, J., y Vedder, R. — Citados por M. Tramer en: *Manuel de psychiatrie infantile générale*. P.U.F., Paris, 1949.
- Wells, P. G., Malcolm, M. T. — Controlled trial of the treatment of 36 stutterers. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 119, 603-604.
- Wepman, J. — Interrelationship of hearing, speech and reading. *Reading Teacher*, 1961, 14, 245-247.
- Whitsell, L. J. — Neurologic aspect of reading disorders, 45-60. En: *Reading disorders*, Davis, F. A., ed. Filadelfia.
- Worster-Drought, C. — Congenital auditory imperception (congenital word deafness) and its relation to idioglossia and its allied speech deficits. *Med. Press*, 1943, 210-324.
- Wyatt, G. — *Mother-child relationship and stuttering in children*. Amer-Orthopsychol. Assoc., San Francisco, 1959.
- Wyatt, G. L. — *Language learning and communication disorders in children*. The Free Press, Nueva York, 1969.
- Zangwill, O. L. — *Cerebral dominance and its relation to psychological function*. Oliver and Boyd, Edimburgo, 1960.

Zazzo, R., Ajuriaguerra, J. de, Borel-Maisonny, S., Galifret-Granjon, N., Stambak, M., Simon, J., y Chassagny, C. — *L'apprentissage de la lecture et ses troubles, les dyslexies d'évolution*. P.U.F., París, 1951.

*
* *

Informe del coloquio sobre el aprendizaje de la lectura organizado por el Groupement français d'Études de Neuro-psychopathologie infantile:

— Lelord, G. — L'intérêt de l'électrophysiologie dans l'étude des apprentissages perceptifs.

— Roland, M. — Contrôle électroencéphalographique de l'action comparée de certains remèdes sur un apprentissage perceptif.

— Downing, J. — L'aptitude à la lecture reconsidérée. L'âge du début de la lecture.

Aspects du langage. *Bull. Psychol.*, 1966, 19, 8-12, 433-756.

Stuttering in children. *Numéro spécial Nervous Child*, 1943, 2, 2.

Troubles du langage et rééducation orthophonique. *Rev. neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 7-8, 375-468.

Le bégaiement, données actuelles. *Bulletin d'audiophonologie*, 1972, 4.

CAPÍTULO XI

EVOLUCIÓN Y TRASTORNOS DEL CONOCIMIENTO CORPORAL Y DE LA CONCIENCIA DE SÍ MISMO

I. — PROBLEMAS GENERALES

Con el término de esquema postural, de esquema corporal, de imagen de "sí mismo", de somatopsique, de imagen del yo corporal, de somatognosia, se engloban nociones que, a menudo, son consideradas como equivalentes por los autores. Estas formulaciones no son a veces claras más que en el contexto teórico a propósito del cual han sido definidas. Utilizadas en otros cuadros, éstas pueden perder su valor teórico y crear confusiones sobre un plano doctrinal. Por ejemplo, la noción de esquema corporal, en el sentido amplio de la palabra, a menudo, no se sabe si se trata de un esquema inscrito o de un esquema funcional o bien si esta noción se aplica al sentimiento que poseemos de nuestro cuerpo, de nuestro espacio corporal, o más aún, si ella representa la función de mecanismos fisiológicos que nos dan el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo (K. Conrad).

Si la tomamos en el sentido de P. Schilder esta noción llegaría a ser más concreta porque estaría íntimamente ligada al problema de la actividad motriz.

El "modelo del cuerpo" de H. Head se refiere más bien a referencias posturales y a actitudes que aportan al cuerpo su unidad, siendo completamente distinto según el lugar que ocupa en el espacio.

La "imagen espacial del cuerpo" de Pick se opone a la imagen del cuerpo del otro. La experiencia es sobre todo visual o sensitivocutánea.

La noción de "imagen de sí mismo" puede estar igualmente bien empleada, tanto como representación que nos hacemos de nuestro propio cuerpo, cuerpo objeto en el campo de los fenómenos o cuerpo que se refleja a través del cuerpo del otro, totalidad de un cuerpo antes que nada vivido como fragmento o cuerpo sentido como autónomo al término de un período de fusión.

La noción de somatognosia puede, igualmente, utilizarse bien como toma de conocimiento del cuerpo y de sus partes íntimamente ligadas a la evolución de la practognosia o bien como toma de conciencia del cuerpo en tanto que realidad vivida, conocimiento implícito.

I. — PROBLEMÁTICA DOCTRINAL GENERAL

Las diversas doctrinas que toman el cuerpo como punto de referencia no se dirigen necesariamente a una misma entidad corporal ni a fenómenos equivalentes; responden a modos distintos de concebir el funcionamiento del espíritu.

Vamos a revisar las concepciones neurológicas, fenomenológicas y psicoanalíticas.

Según doctrinas *neurológicas* más o menos mecanicistas, tanto el sentimiento como el comportamiento del cuerpo están íntimamente ligados a la integración de un cierto número de aferencias y eferencias o a un circuito aferoefereencial que da al cuerpo su unidad y le permite crearse un modelo. Según la tendencia doctrinal, se pone sobre todo de manifiesto o la propioceptividad o el sistema sensorial (visual en particular) o la motricidad. Vemos en estas teorías un mundo de sensaciones y emociones que van a organizar en forma de sentimientos y que abren, por operaciones múltiples, la vía al conocimiento del cuerpo y el mundo de los objetos. Este modo de concebir conduce a la valorización de los sistemas anatomofisiológicos y confiere a ciertas regiones del cerebro netamente localizadas (en las que la lesión produce por lo demás desorganizaciones en la esfera corporal) el valor de centros de integración. Partiendo sobre todo de la psicopatología del adulto este modo de pensar basado sobre una patología lesional ha enriquecido las formas de concebir mecanicistas de la organización del sistema nervioso central. Pero es preciso decir, sin embargo, que nos aporta muy poco sobre la dinámica de la organización. Advirtamos, como veremos más tarde, que a partir de la sensomotricidad o de la organización tónica del hombre, J. Piaget, por un lado, y H. Wallon por otro, han establecido las bases de una teoría genética.

Completamente particular es la posición de los *fenomenólogos*. Según Merleau-Ponty, lo que nosotros llamamos el esquema corporal es un sistema de equivalencia, una invariante inmediatamente dada por la cual las diferentes funciones motrices son automáticamente traspasables, es decir que no es solamente una experiencia de mi cuerpo, sino además una experiencia de mi cuerpo en el mundo y que es él quien da un sentido motor o una señal verbal. Este autor dice: "Yo no estoy ni en el espacio ni en el tiempo, yo no pienso en el espacio y en el tiempo, yo soy del espacio y del tiempo. Mi cuerpo se aplica a ellos y los abraza." También hubiera podido decirse "ni cosa, ni instrumento, mi cuerpo es Yo en el mundo" (F. Chirpaz). Para los fenomenólogos el cuerpo-objeto y el mi-cuerpo son dos percepciones parciales del mismo fenómeno, la corporalidad toda entera pertenece inmediatamente a la apertura del hombre sobre el mundo. No es otra cosa que el dominio de esta apertura presentándose bajo la forma corporal. Según Merleau-Ponty la identidad de la cosa a través de la experiencia perceptiva no es sino otro aspecto de la identidad del propio cuerpo en el curso de movimientos de exploración. En tanto que correlato del propio cuerpo la cosa percibida no es en principio una significación para el entendimiento, sino una estructura accesible en inspección del cuerpo y percibir es percibir con el cuerpo, también es instrumento general de mi comprensión, el agente e incluso el sujeto de la percepción y la sensación del propio cuerpo y el lugar que ocupa en el mundo que le rodea no puede colocarse solamente sobre un plano visual. El cuerpo hablando está él mismo localizado. La traducción de su palabra es función del campo auditivo del otro. "Se localiza" su voz como se coloca para ser escuchado. "El hombre está presente en su cuerpo incluso cuando habla en el diálogo del encuentro" (F. J. J. Buytendijk). Por otra parte la importancia que hay que conceder al otro en el conocimiento del cuerpo ha sido valorada particularmente por J. P. Sartre en su dialéctica de "Mi cuerpo para el otro" y "Mi cuerpo por el otro".

Estos puntos de vista son muy interesantes. Pero las sutilezas del análisis fenomenológico dejan de lado el problema de la historicidad de la organización funcional.

En los trabajos *psicoanalíticos* clásicos la noción del cuerpo va la mayoría de las veces a la par con la del desenvolvimiento del Yo. A pesar de los trabajos de P. Schilder la mayor parte de los psicoanalistas clásicos conceden poca importancia al cuerpo. Si S. Freud ha dicho "que el Yo es ante todo una entidad corporal, y no solamente una entidad aparente sino una entidad correspondiente a la proyección de esa apariencia"; pese a conocer los trabajos neuropsiquiátricos sobre el cuerpo, parece que se desinteresó del problema. V. Tausk, P. Federn y P. Schilder abordan este problema en relación al mundo de la organización del Yo y a la evolución del narcisismo. Por otra parte, y particularmente P. Federn, se admite demasiado a menudo que los sentimientos del Yo se

componen de dos sentimientos distintos: el sentimiento del Yo psíquico y el sentimiento del Yo corporal, entidad psíquica, concomitante o anterior al Yo psíquico.

Este modo de concebir el cuerpo y el psiquismo como dos tipos de experiencias separadas, es más difícil de aceptar en el mundo del niño para quien, en las experiencias primarias, no existe dicotomía alguna entre el cuerpo y el psiquismo. No podemos hablar, en esta época, de conciencia corporal ni de "toma de conciencia". En el habitáculo que representa su cuerpo y que le es dado, habita el niño; sus necesidades se expresan en él, en él se manifiestan sus pulsiones, es él quien sufre emociones. Para E. Minkowski, el cuerpo vivido (la vivencia del cuerpo) es una de las primeras aportaciones de lo concreto, vivo y humano... Un mundo fenoménico anterior a toda discriminación de lo físico y de lo psíquico.

II. — LA PROBLEMÁTICA PLANTEADA POR LA PSICOLOGÍA GENÉTICA

Los problemas planteados por el cuerpo se nos presentan de forma totalmente diferente si los abordamos de una manera "sincrónica" que de una forma "diacrónica". La psicología genética no admite la existencia de una noción corporal preexistente. Sólo se la puede comprender en el cuadro de la dinámica del desarrollo, aunque la concepción de esta dinámica en la psicología genética es diferente en J. Piaget, en H. Wallon y en los psicoanalistas.

J. Piaget ha estudiado sobre todo las nociones cognitivas del cuerpo: muestra cómo, para el lactante, el mundo exterior está compuesto solamente de una sucesión de cuadros que desaparecen en la nada para luego reaparecer con los esquemas sensoriomotores, a los que alimentan y de los que no se diferencian. Acción y objeto, cuerpo y mundo exterior, no se hallan disociados y la búsqueda en este espacio, que no es interno ni externo, no representa sino la prolongación de la acción interrumpida.

Un poco más tarde la acomodación de las actividades perceptivas a los cuadros percibidos (gracias a los movimientos oculares, a la prensión interrumpida) permite continuar la percepción y anticipar una nueva posición. El mundo exterior no se halla todavía compuesto por objetos permanentes externos al sujeto, pero sí de cuadros que quedan a disposición de sus actividades sensoriomotrices. Estos cuadros, dotados ya de una cierta permanencia, todavía no se hallan disociados de la actividad que los hace nacer o reaparecer.

Simultáneamente a la coordinación de la permanencia visual y táctil, nace una permanencia práctica del objeto en un espacio práctico en el que la localización depende del esquema sensoriomotor. Se busca al objeto cuando desaparece, pero sin tener en cuenta sus desplazamientos visibles. El objeto no será "sustanciado" ni adquirirá sus cualidades de unidad y permanencia mientras el niño no lo busque, mientras en su desaparición no se tenga en cuenta sus desplazamientos visibles o invisibles. Esto no se logra sino gracias a la construcción práctica del espacio y del tiempo y a la de la noción práctica de la causalidad. El objeto situado prácticamente en el espacio y en el tiempo, se halla ya constituido, su permanencia no depende ya de la acción propia sino que obedece a leyes independientes del Yo. Simultáneamente, el cuerpo propio pasa a ser concebido como un objeto entre los demás, la acción propia deja de ser la fuente del universo exterior para convertirse en un factor entre otros. El cuerpo propio es diferenciado del mundo exterior, pero, y esta es probablemente la conclusión más importante de este análisis de J. Piaget, el objeto no es permanente ni la experiencia interior se diferencia de la exterior, hasta que el niño dispone de un sistema práctico de relación espaciotemporocausal.

Ulteriormente, en el dominio operatorio, la construcción de las relaciones operatorias de espacio, tiempo y causalidad estará indisolublemente asociada a la adquisición de las nociones de conservación de materia, de peso, de longitud, de superficie, de volumen, etc. La noción del cuerpo o del Yo y sus representaciones se asocian a estas mismas reestructuraciones.

Para J. Piaget, quien considera la imagen como una imitación interiorizada, la elaboración de imágenes permanece estática y parca antes del logro de las operaciones. La verdadera representación comienza en el momento en el que ningún indicio percibido no exija la creencia en la permanencia. Esto supone, además de un sistema figurativo de símbolos, la posibilidad de servirse de

ellos como soporte de un sistema de relaciones. En este momento en que se ha logrado gracias a la operatividad la representación imaginativa, se pueden expresar, además de estados estacionarios, las transformaciones de la realidad. Es claro que la imagen del cuerpo supone tanto una simple imagen figurativa cuanto la representación modificada por la operatividad.

Según H. Wallon, el conocimiento es el fruto y la consecuencia de la organización del sistema emocional y no se puede comprenderlo sino a través de la relación con el otro. Esta relación halla sus primeras expresiones en las reacciones tonicoemocionales. Es merced a ellas, más que a las percepciones, que el lactante parece reaccionar en primera instancia a impresiones de "vacío", impresión inmediata y luego mediata de necesidad de ruptura (desequilibrio) energético. En el campo de la afectividad se puede apreciar en estas reacciones tonicoemocionales el equivalente de los reflejos primitivos que sirven de base a los esquemas sensoriomotores de J. Piaget en el dominio del conocimiento. Configuran el armazón de esquemas afectivos en los que el otro representa el papel de los objetos en los esquemas sensoriomotores de J. Piaget. Su repetición, su integración progresiva, permitirán una diferenciación progresiva entre el otro y el "uno mismo". Al igual que en el campo cognoscitivo la diferenciación del objeto y del cuerpo implica la construcción de relaciones de participación, de simpatía, de celos, de dominación y de subordinación. Pero a diferencia de las relaciones cognoscitivas, fundadas sobre esquemas sensoriomotores cada vez más mediatizados en el tiempo y en el espacio, los esquemas afectivos se basan en mecanismos sensitivo-motores y sensitivoviscerales que deben ser actualizados continuamente. No se independizan nunca por completo de las reacciones tónicas y posturales que permiten su expresión primera.

El "diálogo tónico", como nosotros hemos convenido llamarlo, es y continúa siendo el lenguaje principal de la afectividad, y por esta razón desempeña un papel decisivo en la adquisición de la noción de vivencia corporal.

R. Spitz distingue en la experiencia del niño dos aspectos perceptivos:

— La percepción mediatizada por nuestro sistema sensorial; es la percepción del mundo exterior, la percepción de las cosas y de los sucesos;

— El aspecto de la percepción del estado y de la función interoceptiva.

Ambos aspectos se asocia una gratificación instintiva, afección, emoción que aporta a lo percibido su valencia y la cualidad de una experiencia. El sistema del Yo comienza, según R. Spitz, en cuanto a Yo-cuerpo, al final del primer trimestre de la vida. En esta época consiste en una organización de dirección y de control que cumple su función con la ayuda de la conciencia y de la coordinación neuromuscular naciente. Según este autor, se podría demostrar que en este período el sujeto es consciente de objetos precisos en el exterior, pero no de su Yo como entidad que siente y actúa. Si se pudiera demostrar que en este momento existe una conciencia del propio cuerpo, esto constituiría el propio-cuerpo. Pero, en esta eventualidad, R. Spitz duda de hablar del "sí-mismo" en esa época.

Es necesario distinguir el papel del cuerpo en los primeros procesos de identificación que se producen en un período precoz del que desempeña en la proyección o identificación más tardía. Se ha podido ya admitir la identificación en una fase simbiótica, pero si la asociamos con las relaciones objetales, no puede intervenir sino después de la fase de indiferenciación.

Al lado de esta concepción psicoanalítica que sigue una metodología próxima a la clásica, debemos resaltar la idea de Melanie Klein según la cual el cuerpo se halla presente desde el principio, con su organización pulsional en los mecanismos de introyección y de proyección, fragmentado, recibiendo o apropiándose una parte de la otra, en el cuadro de las vicisitudes del desarrollo de la angustia y de los procesos de la elaboración del objeto. Recordemos que esta autora, a lo largo de su obra, propone, a propósito de la fantasmización infantil, nociones tales como el cuerpo devorante y devorado, el cuerpo desintegrado a partir de cierta totalidad.

Concediendo una gran importancia a los trabajos de H. Wallon acerca de la imagen especular, G. Lacan admite que el "estadio del espejo" es un momento genético capital, paso de la imagen fraccionada del cuerpo a la comprensión de la unidad de su cuerpo como un todo organizado. La imagen se percibe como una forma humana en la que reconoce todo conjuntamente: él mismo y el otro. Según este autor "es en esta imagen especular donde resuelve el malestar ansioso de su cuerpo fragmentado; es a partir de ella que construirá y dirigirá el mundo; esta imagen de cuerpo desmembrado, proyectada en diferentes segmentos, viene a ser sustituida por el sentimiento de ser uno, afectiva y psíquicamente, aunque 'el otro' se mezcle constantemente".

II. — EL CUERPO Y SUS EXPERIENCIAS

Acabamos de ver las diferentes maneras de concebir la noción de cuerpo, según se le considera desde diversos puntos de vista. A veces se tiene la impresión de que, aunque desde cualquiera de estos puntos de vista se hable siempre del cuerpo, se utilizan lenguajes distintos y que no se analiza siempre el mismo cuerpo.

El cuerpo es una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso y su profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario, volviéndose más tarde a automatizar con una libertad de acción para hacerse económicamente capaz de hacer compatibles la fuerza y la habilidad, siendo capaz de adquirir incluso, por su capacidad expresiva, un valor de diálogo semiótico. En el transcurso de su evolución, el cuerpo que actúa, al principio, "manejado" por la acción del otro (ya que el niño es un animal que nace inmaduro), se convertirá en "actuante" y transformador. El cuerpo nos es dado, es la sustancia del hombre, sustancia que confirma su existencia. El cuerpo nos pertenece pero forma parte del mundo de las formas de la naturaleza, es suficiente e interior, es inerte y palpitante, habitáculo y habitado.

La actividad del cuerpo se desarrolla en el campo de sus transformaciones propias y en los límites, en primer lugar, de una actividad automática en el curso de la cual sufre la experiencia y es vivenciado. El niño descubre su cuerpo por los desplazamientos que le son impuestos y por la actividad automaticorrefleja, para adquirir luego, en el curso de la maduración, una capacidad para los movimientos disociados. Por hallazgos casuales o por imitación descubre los objetos exteriores y fragmentos de su cuerpo. Adquirirá su propia autonomía cuando, maduro ya, merced a mecanismos de acomodación y de asimilación, se convierta en experimentador y viva su propia experiencia. En el curso de estas adquisiciones se hará receptor y efector de fenómenos emocionales que se convertirán ulteriormente en afectos.

El cuerpo se halla situado en un espacio y en un tiempo. Al principio se halla fuera de una extensión definida y de un tiempo cronológico en el sentido clásico del término, hallándose, sin embargo, encuadrado en determinados límites espaciales debido a su relativa incapacidad de acción y en un tiempo cíclico que le es impuesto biológicamente. En esta época no se puede afirmar que viva en un tiempo mensurable ni en un espacio métrico según las nociones clásicas.

Más tarde, cuando el cuerpo adquiera la libertad en sus movimientos, podrá conquistar su espacio y escapar del tiempo circadiano al que estaba sujeto.

La aprensión del espacio y la conciencia del cuerpo no son funciones aisladas, abstractas y yuxtapuestas; se interrelacionan recíprocamente; representan posibilidades de acción propia y medios de conocimiento del mundo; la dinámica del cuerpo en acción no puede realizarse sino en el espacio, y hasta cierto punto el espacio no representa nada sin un cuerpo que actúe en él.

La acción no es una simple actividad motriz sino que representa, en el campo de las estructuras, un círculo sensitivo-sensorio-motor y, en el transcurso de su realización una actividad dirigida hacia un fin, definido en un espacio orientado en relación con el cuerpo. La acción contribuye a la organización somatognósica y el cuerpo representado constituye, como dice L. Biswanger, el "aquí" absoluto, alrededor del cual se constituye el "allí" o espacio exterior.

El cuerpo representa el punto de referencia y el medio de crear ese espacio orientado: por una parte, pues, punto de referencia, el "aquí", verdadero centro y eje; por otra parte, para los miembros, el medio de captar un espacio táctil polidimensional, y por la cenestesia ocular la forma de aprehender el espacio óptico y su profundidad. Este espacio exterior se insinúa ya, por otra parte, en la simple motricidad que, como indica A. A. Grunbaum, "posee el poder elemental de dar un sentido".

Asimismo, desde una edad muy temprana, el niño vive inmerso en un espacio-tiempo especial. Espoleado por las necesidades biológicas el cuerpo vive una cierta cronología de las necesidades, un horario de sueño-vigilia impuesto, que representan, al menos virtualmente, elementos de presencia

y de ausencia, de hambre y de espera, cuyo ritmo tomará una organización cíclica que acabará por fijarse más tarde en función de las costumbres sociales. Más tarde se diferirán las necesidades y el niño podrá alucinar sus deseos reafirmandose en la noción de la propia existencia y poder por la confirmación del hecho de que sus alucinaciones se hacen realidad.

El cuerpo es una totalidad en la que pueden aislarse distintos componentes, cuyos campos de acción son diferentes: eje, tronco y miembros inferiores, por una parte, y miembros superiores por otra. Existen, además, orificios que reciben y expulsan.

Se describe con frecuencia el cuerpo vivenciado por el niño o el cuerpo del otro percibido por él, como cuerpos fragmentados. Podríamos preguntarnos, sin embargo, si no podrían aportarse ciertas correcciones a esta noción de cuerpo fragmentado que sigue siendo, por otra parte, parcialmente válida. Es cierto que, al principio de su desarrollo, el niño no puede ver ni concebir la distinción entre el todo y sus partes. En el acto de mamar, por ejemplo, el pecho no representa un fragmento de una persona, sino el objeto de una satisfacción que espera, y, en el curso de esta actividad, el niño no se dirige a un objeto parcial, sino tan sólo a algo que va a satisfacerle; al mamar, el niño y el pecho se confunden; éste no es un objeto exterior, sino que se confunde con el niño, y el niño "es" pecho; alternativamente, sin embargo, el pecho estará dentro o fuera de él. En el aspecto perceptivo, por otra parte, aunque el niño obtenga satisfacciones en la mamada, el pecho se halla fuera de su campo perceptivo y la mirada del niño se dirige con frecuencia al rostro de la madre. Estos intercambios tan primitivos de mirada a mirada, de roces cutáneos, estas impregnaciones tónicas, el modo de amamantar de la madre y de mamar del niño, la tensión que se resuelve en satisfacción, constituyen, por sí mismas, verdaderas totalidades.

Durante la fase simbiótica, esa masa redondeada que es el niño, con sus necesidades primitivas y su motilidad restringida por la hipertonia, no puede ser vivida ni como una totalidad ni como la aposición de distintos fragmentos.

Durante la evolución, el niño vivencia su cuerpo como una totalidad difusa y difuminada, pasando de una fase de confusión con el otro en la que se siente en y con el otro, a otra fase en la que vive el cuerpo del otro (con sus desplazamientos y sus movimientos) y el suyo propio como si fueran ambos él mismo. El cuerpo, durante largo tiempo, es a la vez receptor y receptible, espectador y actor, uno mismo y el otro, merced a una transitividad que se dirige por las leyes de los mecanismos de proyección y de introyección.

Tras vivir en un principio sus diversos fragmentos como totalidades, más tarde llegará a descubrir que estas diversas partes corresponden a una totalidad que es su cuerpo. Esto es tan cierto que cuando sobreviene la pérdida real de una parte del cuerpo el sujeto puede hacerla presente en forma de fantasma.

No podremos comprender la noción del cuerpo si descuidamos el papel que desempeña el otro como co-formador. Existe al principio la simbiosis con el otro, objeto de temor y de amor, diferenciando el niño en seguida entre la persona que le cuida y los extraños; vive entonces en un mundo de presencia y de ausencia, en un diálogo protopático en el que la comunicación afectiva se realiza en forma de un cuerpo que ofrece y otro que rechaza; vive totalmente los fenómenos de proyección hasta el momento en que el objeto exterior, al tomar sustancia, adquiere las cualidades de unidad permanente; en ese momento el cuerpo se concibe como un objeto entre los otros. A través de la imitación adquirirá la noción de ser él mismo. Con la evolución madurativa de la percepción y la evolución cognoscitiva, adquirirá la consciencia del propio cuerpo. Hemos visto, por otra parte, la importancia concedida por ciertos autores al "estadio del espejo". Esta imagen especular es, sin embargo, algo más que una imagen enfrente del espejo o en el espejo. Es la imagen del pre-conocimiento de sí mismo en el cuerpo del otro: el espejo es el otro. Evidentemente, el niño realiza una especie de reducción por la que considera al otro un ser gigantesco en relación a él, pero, por otra parte, su impresión de omnipotencia le permite considerar al otro no ya en su realidad formal, sino como un otro al que se puede transformar y manejar. El conocimiento del otro confiere al niño la posibilidad de darse cuenta de que si el otro está formado de fragmentos que forman una totalidad, estos mismos fragmentos que existen en él y que él puede reconocer, forman, de hecho, una especie de totalidad en la que se halla implicada la imagen especular del otro.

Durante el desarrollo, la imagen del cuerpo del niño se presenta sea como una simple imagen figurativa, sea como una representación modificada por la operatividad. El niño puede representarse el cuerpo del otro antes de haber adquirido la capacidad de considerarlo como objeto permanente. La etapa de la ausencia y de la presencia antes de situarse en un plano de verdadero conocimiento, se desarrolla en el campo de lo imaginario, en el cuadro de una prefiguración en el curso de la cual el cuerpo o los fragmentos del otro son vivenciados por el niño como exteriores o como interiores. Antes de la adquisición de la permanencia del objeto, en el sentido de J. Piaget, existe un conjunto de reglas de relación con el objeto, en las cuales el otro y los objetos existen ya dinámicamente.

Como dice S. Isaacs, los fantasmas inconscientes se refieren en primer lugar al cuerpo y representan las finalidades pulsionales hacia los objetos y si los primeros fantasmas son vividos, en un principio como sensaciones, o como experiencias corporales "que dan al fantasma una cualidad corporal concreta, una yo-idad experimentada en el cuerpo", tomarán, más tarde, la forma de imágenes plásticas y de representaciones dramáticas.

El problema que se nos plantea es el de saber si existen en una edad precoz, en el plano de lo inconsciente, imágenes anticipadoras de fantasmas capaces de desencadenar mecanismos de predicción que condicionen transformaciones reales, significaciones diferenciadas aunque inconcretas, antes de la aparición de la imagen mental en el sentido de la psicología genética de J. Piaget.

No podemos abordar aquí todo el conjunto de los aspectos cognoscitivos de las nociones corporales. Podemos, sin embargo, distinguir de una forma esquemática los diferentes modos de interpretación del propio cuerpo.

- Una noción sensoriomotora del cuerpo, o noción del cuerpo que actúa en un espacio práctico en el que se desenvuelve gracias a la organización progresiva de la acción del niño sobre el mundo exterior;

- Una noción preoperatoria del cuerpo, condicionada a la percepción, que se encuadra en un espacio, en parte ya representado, pero centrado aún sobre el cuerpo, noción que se basa ya en una actividad simbólica;

- Una noción operatoria del cuerpo que se encuadra sea en el espacio objetivo representado, sea en el espacio euclidiano y que se halla directamente relacionada con la operatividad en general y en particular con la operatividad en el terreno espacial. A partir de estas nociones, estamos en condiciones de comprender las relaciones entre el cuerpo y la organización de las praxias y de las gnosias.

El conocimiento del cuerpo no depende únicamente del desarrollo cognoscitivo en el sentido clásico ni solo de los aspectos perceptivos, sino que se relaciona en parte con las aportaciones del lenguaje. La nominación confirma lo que es percibido, reafirma lo que es vivenciado.

Nos podemos preguntar si no se podría hablar de un "sector del lenguaje" en la representación del cuerpo. En efecto, una observación como la de N. Geschwind y E. A. Kaplan, en la que vemos a un sujeto incapaz de traducir verbalmente las posiciones y los actos de su hemisferio, parece apoyar la concepción de una cierta autonomía de la semantización del esquema corporal. Algunas formas de agnosia digital observables en el síndrome de Gerstmann abundan en esta impresión. La acción del cuerpo puede ser facilitada por una verbalización previa, incluso cuando el conjunto de la actividad no se desarrolla en el cuadro de la estricta formulación. A veces la formulación puede interferir en la actividad frenando el desarrollo libre de los automatismos adquiridos.

El niño y el adolescente se sienten vinculados a esa sustancia, que es el cuerpo, y a esa estructura que llega a ser objeto de experiencia psicosocial. La *sociedad* y él asumen o rechazan la morfología como portadora de significación, como papel que les es confiado, ya que la forma visible de ser y de actuar del cuerpo y la conducta social se hallan frecuentemente asociadas.

La talla y el peso definen, hasta cierto punto, algunos períodos de la vida y alteran las interrelaciones. La sociedad ofrece o exige del hombre determinado papel y le concede un "status" determinado de sujeto, en función de su aspecto exterior, y él se ve constreñido a "participar en el juego" y a asimilar su comportamiento en función de la imagen que los otros se hacen de él, del "status" en que se le ha encasillado.

Desde un punto de vista psicosocial, comportarse como otro es meterse en la piel del otro (no

sólo es su espíritu), en su manera de ser, en sus actitudes tonicocorporales y en sus módulos corporales de conducta; el sujeto imita y vive los gestos y las formas del otro y capta proposiciones y consecuencias que el cuerpo del otro le ofrece. Las identificaciones no se realizan sólo en un plan ideico, sino en un terreno casi formal por la apropiación del cuerpo del otro.

El papel conferido por el "género" (*gender role*) se define en parte en función de la forma corporal y el sujeto acepta o rechaza la identidad de su sexo. La aceptación o el rechazo del "género" dependen de las conductas que el "género" implica y de los resultados que se pueden obtener, en el terreno real o en el imaginario, de esas conductas. Los cánones de la forma corporal que definen el "género" han variado en las diferentes civilizaciones y épocas: el ideal femenino ha podido transformarse, por ejemplo, desde la exuberante mujer de las civilizaciones orientales hasta la muchacha longilínea y clorótica de la época romántica. Pero es evidente, sin embargo, que en función de que la persona acepte o no su sexo valorará sus formas o intentará transformarlas considerando las formas demasiado vistosas como una deformidad o el cuerpo a manera de oferta de un objeto que hay que anular por miedo de no poder responder a su propio deseo.

Las demandas y ofertas de diversos tipos morfológicos difieren según las características de cada cultura que pueden valorar de una manera especial determinadas formas o partes del cuerpo, lo que en el curso de la evolución de las pulsiones, condiciona reacciones diferentes. Es probable que, si bien en nuestra civilización estos problemas se plantean de manera extremadamente aguda durante la adolescencia, en otras civilizaciones, en que la definición del sexo se confirma por determinados ritos de iniciación y en las que el sexo, como estatus, es utilizado en el sentido de interrelaciones sociales, la problemática se presente de forma distinta.

III. — DIFERENTES PLANTEAMIENTOS DE LOS DIVERSOS PROBLEMAS EN RELACIÓN CON EL CUERPO

Cuando revisamos trabajos concernientes a los trastornos de las nociones corporales, comprobamos que la parcialidad en las investigación conduce a menudo a la negación de planteamientos válidos. En efecto, el hecho de que los neurólogos hayan descubierto que determinadas alteraciones de la somatognosia se deben a lesiones parietales, en ocasiones de localización derecha, no presupone que el problema de la vivencia corporal deje de merecer un estudio por sí mismo. El descubrimiento de la existencia de una concordancia entre la evolución cognoscitiva y el conocimiento del cuerpo no debe restarnos interés en el problema del conocimiento afectivo del mismo. Conviene, sin embargo, recordar que las teorías de carácter global, a veces satisfactorias intelectualmente, nos hacen perder una parte de la profundidad que nos aportan los estudios parciales.

El estudio del cuerpo puede ser abordado desde diversas perspectivas.

Así, las investigaciones de S. Wapner y H. Werner y las de H. A. Witkin se orientan hacia el estudio de las modificaciones de la *percepción del cuerpo propio y del mundo exterior*, en función de sus relaciones recíprocas. Su mérito se basa en renovar el modo de estudio clásico de las percepciones que aborda esencialmente las modificaciones del índice exterior al sujeto —refiriéndose, la mayoría de las veces, a un solo campo perceptivo (visual, cinestésico, etc.) y en centrar sus estudios en la interdependencia de las modificaciones del cuerpo propio y de los sistemas de referencia espaciales, particularmente en lo que atañe al reajuste perceptivo verificado a partir de las modificaciones de los estímulos visuales y propioceptivos—. Este tipo de estudios ponen de manifiesto las influencias de la causalidad visual sobre la táctil o la cenestésica y recíprocamente. En el campo de la percepción se debe, asimismo, considerar el problema planteado por la visión de objetos o de personas, estudiado por numerosos autores americanos. Las investigaciones hacen evidente la diferencia existente entre la percepción de las cosas y de los seres animados o personas. R. Tagiuri reserva el término de percepción de personas a los casos en que el sujeto que percibe considera al

objeto como dotado de representación y de intencionalidad. Según I. Heider, las personas, al contrario que las cosas, "son rara vez simples objetos manipulables (*manipulanda*); son más bien centros de acción; pueden ofrecernos algo, pueden resultarnos intencionalmente benéficas o nocivas y podemos, por nuestra parte, serles benéficos o nocivos". Para establecer una estructura jerárquica en la percepción de otro, A. Levy-Schoen basa sus experiencias en la oposición entre la "cosa manipulable" y la "persona previsible". Por los trabajos de R. Spitz, sabemos la interrelación íntima entre la percepción interoceptiva y sensorial y la toma de consciencia del cuerpo y su conocimiento.

Algunas investigaciones han abordado el problema de la génesis del *cuerpo conocido*. La teoría de J. Piaget puede aportarles un marco extraordinariamente fructífero, sin restarles diversidad. Se sitúan, en efecto, en perspectivas diferentes según el modo de expresión de ese "conocimiento" al que se refieren, ya que el niño puede expresar lo que sabe de su cuerpo por medio del dibujo, de la palabra, del gesto o por conceptos.

J. Bergès e I. Lézine han elaborado un test de imitación de gestos descriptivo para las edades comprendidas entre 3 y 6 años. Aparte de su interés práctico para el clínico, este trabajo aporta una interpretación teórica de la evolución del esquema corporal y de la praxis, inspirada en el pensamiento de J. Piaget. Se asiste, desde un punto de vista genecista, al paso desde una imitación al modelo, hasta una imagen más interiorizada, cada vez más móvil gracias al concurso de las operaciones en desarrollo.

Una investigación, iniciada recientemente por N. Galifret-Granjon, se sitúa en una perspectiva cercana. Es demasiado pronto aún para deducir conclusiones. Se plantea el estudio de los gestos con valor simbólico, gestos inventados e imitados por el niño, analizándolos en especial desde el ángulo de sus componentes figurativos y operatorios.

Otros estudios comparan más directamente la génesis del conocimiento del cuerpo con el desarrollo cognoscitivo, tal como lo describe J. Piaget. En un estudio todavía en curso, C. Fot intenta dilucidar experimentalmente si el conocimiento del objeto y del cuerpo evolucionan paralelamente o si uno precede al otro. Un paralelismo estrecho no es, en efecto, la única hipótesis admisible, y aunque algunos autores lo admiten de antemano, no se halla aún demostrado. Es innegable que, entre todos los objetos que se hallan a disposición del niño, su cuerpo es un "objeto" privilegiado. Se halla implicado en todas sus actividades; su identidad y sus modificaciones son vividas sin cesar, cosa que no ocurre con los objetos exteriores. De ello se deduce una segunda hipótesis, según la cual las operaciones lógicas, por ejemplo, las conservaciones de sustancia son primero adquiridas en relación con el cuerpo y sólo después generalizadas a los objetos exteriores. Por otra parte, el cuerpo es la fuente de un manantial de informaciones suplementarias (propioceptivas, interoceptivas), que enriquecen sin duda el conocimiento que el niño posee de su cuerpo, pero cuyo aspecto subjetivo podría representar un obstáculo a un razonamiento operatorio y objetivo y retardar, en consecuencia, su desarrollo.

El dibujo de un monigote es una técnica frecuentemente utilizada en las investigaciones sobre la evolución del esquema corporal. Resulta innegable que la forma en que un niño dibuja un personaje humano refleja en cierta forma la imagen que tiene de su propio cuerpo. Pero ¿cuáles son los principales aspectos de la imagen corporal que se expresan en el dibujo? Como señala A. Abraham, se trata de una prueba compleja que "afecta a diversos niveles de actividades, ligados tanto a la inteligencia del niño cuanto a su maduración motriz o afectiva, a su adaptación emocional y social y a su forma de vida". No es, pues, extraño que a partir de estos dibujos se hayan elaborado escalas de valoración de aspectos diversos: escalas de inteligencia, de representación espacial, de adaptación afectiva y social. Si consideramos el aspecto cognoscitivo del esquema corporal hallamos dos tendencias principales en la interpretación del dibujo del personaje:

- tipo de escala de F. Goodenough, cuyo criterio esencial es la valoración de la presencia en el dibujo de diferentes detalles (cabeza, cuello, piernas, etc.). Si bien esta escala traduce sin duda, en cierta manera, el conocimiento del cuerpo, generalizar su valor en la medición del nivel intelectual global nos parece peligroso, dados los numerosos factores extraintelectuales implicados en la prueba;

- el dibujo del monigote ha sido interpretado, por otra parte, en función de los criterios propuestos por J. Piaget en la formación de la representación espacial: paso de las relaciones topo-

lógicas a las relaciones proyectivas y euclidianas. Esta manera de considerar el problema no aporta, de hecho, nada nuevo, porque implica la consideración de las leyes fundamentales de la formación del espacio representado, en particular del espacio gráfico, y sería extraño no encontrarlas en el dibujo de un personaje.

El estudio del monigote como test de investigación de la imagen corporal es casi tan compleja como el estudio de la propia imagen corporal y corre el riesgo de reducir artificialmente el concepto a algo estático desligado de la realidad. No quiere esto decir que no represente un buen método de investigación, ya que, en virtud de su complejidad, tiende a ser tan impreciso e impenetrable como la entidad a cuyo conocimiento pretende esclarecer.

J. C. Tabary, estudiando el paralelismo en la evolución de la representación del espacio y del esquema corporal, nos muestra cómo en las actividades del niño existen, al principio, correlaciones estrechas entre la construcción del concepto del Yo y la organización del concepto de espacio, de la misma manera que más tarde aparecen un conocimiento del cuerpo y de la utilización de nociones de geometría topológica y ulteriormente una noción de geometría proyectiva, para llegar, incorporando las nociones de distancia, a una geometría métrica. Si bien resulta evidente que la representación gráfica del cuerpo sigue una evolución paralela a la de su conocimiento, debemos, sin embargo, aceptar que la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo corresponden a diferentes niveles de organización de las actividades cognitivas.

Los problemas planteados por la noción del *cuerpo vivenciado* son más difíciles de valorar. No tenemos noticias de trabajos propiamente fenomenológicos respecto a la evolución del esquema corporal en el niño. Este tipo de reflexión histórica que sigue, en toda su variedad, a las experiencias de la conciencia, ha sido utilizado por M. Merleau-Ponty en su curso sobre psicología del niño en la Sorbonne. Es de subrayar la importancia que en su concepción concede a los trabajos de H. Wallon y de los psicoanalistas. El problema del cuerpo vivenciado ha sido a menudo analizado en función de las manifestaciones del enfermo durante la exploración o de sus verbalizaciones a partir del desarrollo del lenguaje. De hecho, nuevos métodos de orientación psicoanalítica han permitido analizar mejor el problema a partir, bien de la observación de un modo de actividad motriz determinado, o bien de la interpretación de un "actuar" desde el punto de vista de la fantasmización de una u otra "experiencia" que, aunque precoz, es comprendida mejor en el cuadro de las formas de relación padre-hijo. Según F. Dolto, en cada estadio del desarrollo existe una imagen del cuerpo característica que proviene de dos imágenes: una, la imagen de seguridad dinámica de base, o imagen del cuerpo en reposo tónico, y la otra, imagen dinámica de función o realización de tensiones en relación con las zonas erógenas.

El gran mérito de las investigaciones psicoanalíticas precoces es el de haber hecho comprender mejor las vivencias corporales primarias del niño.

Es evidente que a través del análisis de las primeras relaciones podemos obtener importantes fuentes de información. Asimismo es a través del juego como el niño puede manifestar sus emociones o sensaciones. A través del dibujo el niño nos ofrece lo que sabe, lo que él quiere que se sepa o lo que vivencia. Aunque el dibujo es a menudo la consecuencia del desarrollo conceptual o el fruto del conocimiento adquirido, no puede ser estudiado únicamente desde el punto de vista de su aspecto meramente formal porque pone de manifiesto un contenido inconsciente extraordinariamente rico. El estudio del esquema corporal puede hacerse ya en el período de trazados informes o de los juegos con plastilina, pero resulta sobre todo interesante a partir del dibujo del monigote, porque desborda el aspecto expresivo meramente formal para darnos información en función de las características del trazado, del color utilizado, del lugar que el niño se atribuye en la familia, de la actividad que él mismo se representa ejerciendo en el dibujo, del valor que concede a las diferentes partes del cuerpo, de lo que olvida dibujar o de lo que resulta en el dibujo trastocado o distorsionado.

Varios son los métodos utilizados, desde el estudio clásico del monigote, pasando por el test de la señora de Fay, el test del monigote incompleto de Gesell, los dibujos no terminados a completar (Wartlagg), el test de Machover (cuyo estudio ha sido reiniciado recientemente por A. Abraham), el dibujo de la familia o de "una familia" (L. Cormann). De la misma manera el dibujo de animales o el dibujo espontáneo libre pueden aportarnos datos interesantes sobre el conocimiento de la imagen corporal. El test de la casa de F. Minkowska puede darnos algo más que la simple confron-

tación de las adquisiciones formales de la tipología sensorio-racional. A. Aberastury señala la importancia que hay que conceder a este juego de construcción de casas, desde un punto de vista simbólico y de la vivencia corporal.

Sería quizá necesario analizar de una manera más precisa las relaciones de determinados tests proyectivos como el Rorschach y la imagen corporal. S. Fischer y S. E. Cleveland señalan el interés que tiene el análisis en el adulto desde estos puntos de vista de las respuestas del tipo de percepciones interna o externa, poniendo en juego la noción de "límites de la imagen corporal" y dando una significación a lo que ellos llaman "puntuación de penetración". Los resultados obtenidos en las pruebas proyectivas sólo pueden ser valorados en relación con las circunstancias del momento del examen, en el contexto de la historia personal enmarcada en el desarrollo de las relaciones padres-hijos, reales o fantasmáticas. Debemos, en efecto, recordar que estas pruebas tienen un valor formal como un contenido y que, desde el punto de vista causal, no se les puede conceder un único sentido.

Si una perturbación afectiva que atañe a las actividades cognitivas del sujeto puede trastornar el esquema corporal, es evidente que, a la inversa, una perturbación primitiva de otras actividades cualesquiera que sea el nivel sobre la que actúe (insuficiencia sensoriomotriz, insuficiencia perceptiva, insuficiencia operatoria) y que comprometa la estructuración o el mantenimiento del esquema corporal, podrá, igualmente, producir trastornos afectivos.

Las nociones de cuerpo percibido, cuerpo conocido, cuerpo representado, cuerpo vivenciado tienen sentidos distintos en los diversos estadios de la evolución; dependen, por una parte de la maduración y, por otra, de la experiencia vivida y de la experimentación que lleva a los conocimientos. Merecen ser precisadas de manera aún más profunda mediante estudios longitudinales y pluridimensionales.

Naturalmente, no podemos separar, en una edad precoz, el cuerpo actuando como tal (totalidad o fragmento del cuerpo que lo recibe todo o todo lo da) y el conocimiento del cuerpo que se desarrolla ulteriormente a la par que las funciones cognitivas y que lleva a la identidad, proceso en cuyas diferentes fases el cuerpo puede ser receptáculo, cuerpo habitado o cuerpo objeto en el terreno de los fenómenos. Las nociones de cuerpo vivenciado morfológicamente como tal, o sentido, o representado se hallan históricamente vinculadas al vivenciar primitivo gracias a las vivencias aportadas por el desarrollo de la percepción y del conocimiento. Asimismo, la noción del cuerpo, concebida a través del desarrollo de las pulsiones, las catexis y las relaciones de objeto en el sentido clásico del término, se diferencian claramente (en la medida en que no puede ser desligada de la noción del Yo o de sus premisas) del modo de concebirlo según Melanie Klein, para quien el cuerpo se halla presente desde un principio, con sus organizaciones pulsionales en el mecanismo de introyección y proyección, fragmentado, recibiendo o apropiándose una parte de la otra en el contexto de las vicisitudes del desarrollo de la angustia y de los procesos de clivaje que afectan al objeto. Si los neurólogos han utilizado a menudo la noción de esquema corporal como un término unificador para explicar las diversas alteraciones de tipo corporal, algunos psicoanalistas, por su parte, confunden a menudo el cuerpo como modo de ser y el modo de ser del cuerpo y no estudian suficientemente, desde un punto de vista genetista, las diversas fases que, a partir del cuerpo poseedor y poseído, pasando por el cuerpo fantasmático de sí mismo y del otro, evolucionan hacia el cuerpo imaginado representado y el cuerpo conocido.

IV — PSICOPATOLOGÍA

1.º Trastornos motivados por mala organización del conocimiento corporal

No hace falta insistir en la importancia de la propioceptividad muscular y del sentido de postura segmentaria del cuerpo para conocerlo en parte o en su totalidad. El sector exteroceptivo, especialmente visual y táctil, no es menos fundamental.

Vista la importancia del componente visual en la organización del sistema corporal, parece normal que el conocimiento del cuerpo esté alterado en los ciegos de nacimiento. Se ha estudiado por diversos procedimientos la idea que acerca del cuerpo se forman los propios ciegos. Según F. G. Stockert, el modelado de los niños que nacen ciegos se caracteriza porque, si bien los diversos detalles están relativamente bien formados, no llegan a componer una figura de conjunto ni se respetan las exactas proporciones. En el modelado de la cara hay una importante desproporción en los diversos órganos y una fantasiosa disposición espacial: la boca es enorme, los ojos muy pequeños y las orejas se las figuran a veces sobre la frente. Este tipo de alteraciones lo han confirmado otros autores; todos ellos coinciden en señalar la desproporción de parte del rostro y en la importancia que los ciegos dan al rostro. También se ha señalado que tienen gran dificultad para la representación espacial, por limitarse a un espacio háptico, concreto, estático y sin profundidad, y de ahí la falta de interés por la forma. Pero al analizar los diversos componentes del conocimiento corporal (K. Poeck y B. Orgass), se ha comprobado que el ciego de nacimiento, ya algo mayor, designa las diversas partes del cuerpo, distingue derecha-izquierda e identifica los dedos con la misma facilidad que el niño normal.

En los P. C. I., al síndrome de la parálisis se suma un síndrome sensitivo, caracterizado a veces por una discriminación táctil disminuida y por cierta proporción asteroagnósica. En ellos la orientación izquierda-derecha raramente parece perturbada e incluso cabe preguntarse si las personas afectadas de hemiplejía no tienen un punto de lateralidad en su mano. Algunos autores describen trastornos visuoperceptivos y de estructura, así como trastornos de la estructuración espacial, mas su explicación es compleja e indefinida, ya que hay que tener en cuenta no sólo los trastornos sensitivos, motores y de carácter mental, sino el rechazo que representa su misma deficiencia. Para C. Kohler y J. Lachanat, los trastornos del esquema corporal no están en relación con el déficit en el plano motor, sino que dependen cuando existen trastornos de integración del Yo en el plano afectivo.

El no saber distinguir derecha-izquierda, localizar los dedos y dibujar son síntomas propios de los retrasados. A. Strauss y H. Werner ven en los niños deficientes una significativa asociación entre errores aritméticos y conocimiento de los dedos. Igualmente, M. Cenac y H. Hécaen describen auténticos retrasos en la integración somatognósica asociados a un tiempo a una indistinción derecha-izquierda en el propio cuerpo y el mundo exterior, y a errores en el dibujo antropomórfico. Los diversos autores establecen una relación entre la agnosia de los dedos y los fallos en aritmética. G. Lelord y cols., han descrito un síndrome de Gerstman en un niño que presentaba un síndrome postencefálico en el curso de una de las etapas de recuperación. No obstante, A. L. Benton y otros niegan cualquier asociación entre capaci-

dades aritméticas y conocimientos de los dedos, aun aceptando una ligera asociación entre gnosia digital y no distinción derecha-izquierda.

Los niños con psicosis infantil tampoco saben distinguir perfectamente derecha-izquierda, cometen errores en el dibujo —errores variables por otra parte— que no dependen exclusivamente del conocimiento.

La representación corporal y la utilización de las partes del cuerpo forman parte del síndrome de dispraxia infantil (véase el capítulo sobre los trastornos motores). También se suelen describir en casos de dislexia las alteraciones somatognósicas; la dislexia, en opinión de K. Bermann y otros, dentro del síndrome de Gerstmann. Si bien en ciertos casos hay una discalculia de tipo espacial, actualmente se admite que los errores de cálculo en el niño, aun respondiendo a cierto tipo de trastornos de las aptitudes espaciales, parecen más bien unidos a un difícil uso del sistema simbólico y a dificultades afectivas (F. J. y F. E. Schonell).

Casi todos los trastornos descritos anteriormente se aprecian en el plano de las organizaciones cognoscitivas y de la capacidad representativa, o en el plano de una mala organización espacial por alteración de la lateralización o por fallos en una cierta "presentificación", al no poder situarse el cuerpo como un objeto en el campo de relación o el individuo en cuestión como individuo en el terreno de las representaciones espaciales.

2.º Alteraciones de la conciencia y vivencias corporales

Estos trastornos son clarísimamente polimorfos y no se explican mediante una patogenia unívoca; su unicidad proviene del hecho de referirse al cuerpo y responder a grados diversos de su desintegración.

a) Alucinosis de cuerpo completo

Es sobradamente conocida hace tiempo la quasi-constancia del miembro fantasma en amputados adultos, interpretándose la fantasmática ilusión como una experiencia subjetiva de nuestro cuerpo que la mutilación corporal es incapaz de modificar. Clásicamente se consideraba que el miembro ausente no aparecía en niños amputados con anterioridad a los 6-7 años y que las aplasias congénitas daban lugar al susodicho fantasma. Ahora bien, está demostrado que los miembros fantasmas pueden aparecer en el caso de mutilación y amputación temprana (McDonald Critchley, M. L. Simmel), y ello antes de los 5 años. Para K. Poeck, cuando el niño amputado siente el miembro fantasma —cosa más bien rara— no difiere mucho de cuando sucede en el adulto. Frente a la opinión de A. Pick, en las aplasias congénitas se describen miembros fantasmas (D. L. Sohn, M. Mikorey), pero son S. Weinstein, E. A. Sersen y R. S. Vetter quienes lo advierten en el 18% de los niños examinados. El fenómeno alucinósico parece más frecuente en aplasias de segmentos distales; la frecuencia del fantasma aumenta en quienes tienen una prótesis antes de los 7 años, en comparación con los de más edad, lo cual explica la multiplicación de observaciones recientes. La sintomatología en dichos pacientes difiere ligeramente de la de los pacientes amputados en edad más avanzada. La existencia de un miembro fantasma en los aplásicos se opone a la teoría de la irritación periférica sobre la que numerosos autores posteriores a Descartes se han centrado.

b) Hemiasomatognosia

Si bien la negación de la hemiplejía, tal y como se ha descrito en el adulto, parece excepcional en el niño, la indiferencia ante un cuerpo semiparalizado (anosodiaforia) dista de ser algo raro en el niño P. C. I. En ellos, tanto si son hemipléjicos de la diestra como de la izquierda, se advierte una indiferencia en relación con el miembro enfermo (J. C. Chemama): no lo miran, no lo emplean, ni se chupan el dedo pulgar del dedo paralizado, que parecen ignorar. Esta particularidad se explica por los trastornos motores. Generalmente, la mano paralizada comienza a ser empleada a partir de los 7 o 10 años, y casi como soporte.

c) Transformaciones corporales ilusorias

Se caracterizan por macrognosias, micrognosias, sensaciones de estar hinchado, reducción de todo el cuerpo, sentimientos de ausencia o de cambio, erróneo convencimiento de tener un miembro fantasma y por sensaciones de levitación. Este tipo de alteración, sobradamente conocido en el niño y en el adolescente, fundamentalmente de forma paroxística en la epilepsia, se da igualmente en manifestaciones hipnagógicas infantiles, en ciertos accesos de ansiedad y en determinados estados toxiinfecciosos. Al igual que en el adulto, también es visible en el niño en las experiencias de relajación.

d) Falseamiento de las necesidades corporales

La característica de dichos trastornos es una negación de estímulos corporales como son hambre, cansancio y emociones. Aparecen en la anorexia mental y en los estados de psicosis infantiles (H. Bruch).

e) Heautoscopia

Para concluir señalemos que entre las alteraciones de la imagen corporal, en el niño muy raramente se describe la heautoscopia, en tanto que personaje reflejo con idénticas características físicas y morales que él mismo, aun cuando sabemos cuán fácilmente el niño transfiere sus sentimientos, miedos y temores a objetos o animales en forma participativa. También sabemos cuán frecuentemente —aun cuando raramente lo expresa— el niño vive con un “compañero imaginario”, compañero que a un tiempo es él mismo y su Yo ideal, confidente y ángel guardián.

f) Fenómenos de despersonalización

Se caracterizan por el no-reconocimiento de la persona en su totalidad y en su forma, en su consistencia y en sus límites. Con razón considera H. Ey que “la despersonalización no comienza más que cuando la alteración del cuerpo se experimenta como una alteración del sujeto y no solamente de su cuerpo”, ahora bien, es sentida a través de su propio cuerpo y normalmente se expresa mediante términos corporales. Con S. Fisher y S. E. Cleveland, podemos distinguir varias alteraciones del sentido de identidad: cambios de actitud ante la masculinidad o la feminidad, ideas

de cambio de tipo sexual (véase el capítulo *Sexualidad*), sentimiento de desintegración o deterioro del cuerpo, pérdida de los límites corporales y sentimiento de despersonalización propiamente dicho.

No son raros en niños neuróticos e incluso normales los estados de perplejidad somatopsíquica que son cuidadosamente mantenidos en secreto. No coartan el sentido de la realidad ni modifican de forma aberrante y duradera su comportamiento. A veces son pasajeros y no producen cambios permanentes del sector cognoscitivo autónomo de la imagen corporal, del mismo modo que no se dan incoherencias ni disociaciones.

Dichos trastornos son extremadamente frecuentes en casos de psicosis infantil, ya sea en forma de miedo al cambio o a la desaparición de partes del cuerpo (L. Bender), de sentimientos de transformación y extrañeza (S. Lebovici y J. Mc Dougall, M. Mannoni); a veces dichas vivencias son disociadas de la imagen corporal y son rechazadas hacia el mundo exterior, transmitiendo el sujeto a los demás sus propias impresiones subjetivas (transitivismo), y asociándose con frecuencia a despersonalización y a desrealización.

Los trastornos de la integración corporal han sido descritos por W. Goldfarb, M. Mahler y más recientemente por A. H. Green (1970). Este último, ciñéndose particularmente al estudio de estos trastornos en niños esquizofrénicos, los pone en relación con la pérdida objetal y los halla más en las niñas que en los niños, esto podría explicarse por el hecho de que en las muchachas, el sentido de daño genital responde a una mayor complejidad de la estructura fisiológica genital, de su mayor dependencia con respecto a su madre ligada a dificultades de identificación corporal y a las actitudes culturales. Los niños autistas, dice B. Bethelheim, no reconocen ningún orden del funcionamiento de su cuerpo; su cuerpo funciona, a veces, de una manera autónoma y tratan su cuerpo y su espíritu como cosas mecánicas hechas de piezas que se reemplazan cuando no funcionan bien.

Fenómenos de este tipo y otros trastornos del esquema corporal han sido descritos por D. W. Winnicott. En estos casos, puede presumirse que teóricamente, en su origen la personalidad no está integrada y que en la desintegración regresiva, existe un estado primario al cual lleva la regresión. D. W. Winnicott postula por una no integración primaria como base de esta desintegración. Como señalan S. Lebovici y Mc Dougall, puede darse el caso que, frente a la despersonalización, se establezca un angustioso sistema defensivo en que entran en juego objetos exteriores inanimados, o bien palabras e ideas. Si los trastornos en orden a la identidad son casi constantes en las psicosis infantiles, raramente son vividos como una despersonalización delirante antes de la pubertad (R. Diatkine y C. Stein).

g) La dismorfotesia

El término “dismorfofobia” fue utilizado por primera vez por E. Morselli en 1886 para designar el temor de ser disforme o convertirse en ello. Bajo esta denominación, numerosos autores se han seguido interesando por este problema (M. Cortina [1959], C. Koupernik [1962], T. Corbella y L. Rosi [1967], S. Tomkiewicz y J. Finder [1967], F. Noto-Campella [1968], G. G. Hay [1970], M. Schachter [1971], J. N. Vallat y cols. [1971]). El término, no obstante, es impropio para definir el conjunto de este síndrome polimorfo desde el punto de vista patológico. En efecto, se incluye en el marco de la dismorfofobia, cuadros tanto neuróticos obsesivos como esquizofrénicos. Con justa razón, M. Schachter lo rechaza y propone distinguir por

un lado las neurosis dismórficas (o complejo de fealdad) y por otro los delirios o convicciones delirantes de dismorfia. No obstante, nos parece que a menudo es delicado hacer esta distinción, ya que se trata de trastornos de la personalidad que pueden ser difíciles de clasificar desde el punto de vista patogénico. Por ello nosotros proponemos el término más general "dismorfestesia" (sentimiento de deformidad) que responde a lo que el enfermo nos ofrece como síntoma que se refiere siempre al cuerpo (sentimiento de fealdad, convicción delirante de dismorfia, miedo de su cuerpo), sin restringirlo a una patogenia unívoca pues, bajo la apariencia, a veces, sintomática, se puede encontrar, por un análisis profundo, un componente psicótico.

La dismorfestesia se encuentra sobre todo en la época de la adolescencia. Se caracteriza por un sentimiento peyorativo referente al peso, talla, proporciones del cuerpo en general y en particular sobre el aspecto del rostro y de los caracteres sexuales.

Si bien, a veces, las quejas van referidas a una parte del cuerpo, pueden también desplazarse, mostrando de este modo que el síntoma no se refiere únicamente a una sola región, sino al cuerpo en sus partes con relación a la totalidad. A menudo, la queja del sujeto está en relación con el sentimiento, más o menos claro, de un disfuncionamiento más general.

En el curso de la evolución puberal, existen modificaciones morfológicas que son vividas con ansiedad más o menos notable (vello, senos, ensanchamiento de la cadera, modificación de la voz), pues firman y confirman la transformación relativa hacia una fase del desarrollo y desvelan el rol del género del individuo. Este rol se hace evidente y puede ser aceptado o temido. Para W. A. Schönfeld, el denominador común de la angustia es, a todas luces, el temor de no ser viril, el temor que en un momento dado de la evolución firma el fracaso de la virilización presente y futura. Subraya que los niños mal adaptados socialmente lo están asimismo sobre el plano de su imagen corporal. Por otro lado, hay que insistir sobre el hecho de que un factor particular es la no aceptación de la pubertad por la familia, las madres rechazan abiertamente la morfología infantil perdida o presentan temores exagerados en cuanto a la virilidad futura del adolescente. La resultante de estas dos actitudes es idéntica: refuerza, si no crea, la angustia del adolescente frente a su propio cuerpo no aceptado por la madre. La dimensión social es también necesaria para la comprensión de esta enfermedad. Si ésta es un trastorno de la relación consigo mismo, es también sobre todo una forma de perturbación de la relación con otro. Falsas concepciones anatómicas, la comparación de su cuerpo y de su rostro con los de otros se convierte fácilmente en fuente de ansiedad y de sentimiento de inferioridad y producen falsas percepciones de la imagen de sí mismo.

Toda esta sintomatología forma parte de los avatares de la adolescencia. Estos sentimientos, con la mayor frecuencia transitorios, son la consecuencia de las modificaciones fisiológicas; son sólo patológicas en los casos en que se convierten en "idea fija" trastornando la expresión libre de la personalidad; no pueden ser juzgadas más que por referencia a esta personalidad en evolución. Este sentimiento de cambio puede ser considerado como psicofisiológico de transición. La encuesta de W. Buseman (1950) (citada por M. Schachter) llevada a cabo en bachilleres, muestra que la frecuencia del descontento a propósito del propio cuerpo pasa del 12% en jóvenes de 12 años al 28% en jóvenes de 15 años completos. Señala que la elevación del porcentaje se sitúa en la época de los "años críticos".

Los trastornos persistentes, incluso si se presentan bajo una apariencia monosintomática, son patológicos si invaden el libre funcionamiento de la personalidad. Responden a organizaciones neuróticas o psicóticas. El término "dismorfofobia" es

inadecuado, pues no se trata de fobias, sino de un síndrome que no puede entrar en un cuadro unívoco. Lo que une a estos sujetos es el sentimiento o el postulado de las modificaciones corporales y en absoluto su cuadro nosográfico. En el trabajo de G. G. Hay, se ponen de manifiesto las tendencias obsesivas de introversión, graves trastornos de la personalidad de tipo sensitivo o inseguro según la tipología de J. Schneider, síndromes esquizofrénicos y estados depresivos.

Ya P. Janet, en su descripción de "obsesión de vergüenza", distingue la "obsesión de vergüenza de sí mismo" de la vergüenza física relativa al descontento de su cuerpo o de sus funciones corporales (estas últimas que se refieren a las funciones alimenticias y urinarias, este autor la clasifica como "fobias de función"). Estos síntomas no pueden ser considerados aisladamente, según P. Janet deben ser relacionadas con un grupo de obsesiones relativas al cuerpo y en particular al rostro y forman parte de una enfermedad mental grave, el "delirio de escrúpulo".

Un gran número de autores (según M. B. Korkina) consideran que estos trastornos deben ser ligados al grupo esquizofrénico, otros piensan que se trata de esquizofrenias o de casos límite neurosis-psicosis. Otros, como ya hemos visto (G. G. Hay), opinan que se les encuentra en diversos tipos nosográficos. Por su parte, M. Schachter distingue un completo de dismorfia o de fealdad, que denomina "neurosis dismórfica", de las convicciones delirantes de dismorfia que presentan un cuadro clínico de aspecto psicótico indiscutible.

Si bien, con razón, se ha intentado limitar el cuadro de la dismorfestesia al mundo de las formas corporales más o menos localizadas, de hecho, el síntoma que presentan los sujetos que la padecen se refiere siempre a nociones más complejas que superan la noción de normas morfológicas; y ponen en tela de juicio al individuo en cuanto a tal y lo afectan en sus capacidades de agradar, ser amado o rechazado, ser potentemente viril o no. Igual que el hábito no hace al monje, nuestra silueta no hace completamente al hombre. La idea fija referente a un defecto de una parte del cuerpo o de una función no puede valorizarse más que en relación con una totalidad de dones. El interrogarse permanentemente sobre una cierta malformación verdadera o imaginaria es cuestionar la totalidad. En el refrán español "*el hombre y el oso cuanto más feo más hermoso*", existe una especie de aceptación de la fealdad que le da un valor positivo en relación con una cierta totalidad en la cual la fealdad guarda, en parte, nos parece, un cierto valor viril.

Hay que encontrar el sentido detrás de una malformación presupuesta. En el fondo, en el curso de la evolución y a partir del narcisismo primario que está en parte totalmente erotizado, va a desarrollarse progresivamente un narcisismo secundario, totalidad fragmentada cuyas diferentes partes pueden investirse diferentemente y pueden tomar valores simbólicos particulares. El valor que toman estas partes depende del individuo en cuanto a tal o de una cierta presión familiar o social, el sujeto puede disociar, a veces, un cuerpo para sí y un cuerpo para otro, disociación difícil pues vemos en la reacción de prestancia, cuanto se confunden el cuerpo para sí y el cuerpo para otro. Sabemos como el juicio de otro no hace dudar y como el ojo de otro transforma nuestra vivencia corporal. Por otro lado, en la evolución de nuestro ideal del Yo está incluido el de nuestro Yo corporal. Igualmente, la erotización de nuestro cuerpo forma parte de nuestro desarrollo y es a través de nuestro cuerpo que se manifiestan un cierto número de fuerzas pulsionales.

A través de esta vía el sujeto proyecta sus posibilidades de ser amado y de ser rechazado. La dismorfestesia puede ser la muralla que defiende al individuo de expresar sus deseos o de ser deseado. La valorización de una cierta disformidad puede ser, a veces, comprendida como la negación de la erotización del cuerpo,

como el dudar de una de sus partes o como un desplazamiento de las pulsiones sobre ciertas regiones con el fin de negarlas mejor. A veces, estas ideas fijas responden al desplazamiento al exterior de los pensamientos internos y el malestar que el sujeto experimenta puede responder en parte al hecho que él vive como si los otros pudiesen desvelarlo, adivinarlos o presuponerlos. Puede decirse que a menudo se trata de la obra de una consciencia culpable, y la dismorfia supuesta sólo es una de las manifestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. — *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- Ajuriaguerra, J. de. — Le corps comme relation. *Rev. suisse de psychologie pure et appliquée*, 1962, 21, 137-157.
- Ajuriaguerra, J. de y Angelergues, R. — De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui. A propos de l'œuvre de Henri Wallon. *L'Evolution psychiatrique*, 1962, 27, 13-25.
- Ajuriaguerra, J. de. — Discusión. En *The Body Percept*, págs. 82-106. Edit. por S. Wapner y H. Werner, Nueva York, Random House, 1965.
- Alvim, F. — *Troubles de l'identification et image corporelle*. P.U.F., París, 1961.
- Bender, L., y Keller, W. R. — The body image of schizophrenic children following electroshock therapy. *Amer. J. Orthopsych.*, 1952, 22, 335-355.
- Benton, A. L. — *Right-left discrimination and finger localization*. P. B. Hoeber, Inc., Nueva York, 1969.
- Bergès, J. y Lézine, I. — *Test de imitación de gestos*. Toray-Masson, Barcelona, 1975.
- Binswanger, L. — Das Raumproblem in der Psychopathologie. *Z. Neurol. Psychiat.*, 1933, 145, 598-647.
- Bruch, H. — Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, 1962, 24, 187.
- Cenac, M. y Hecaen, H. — Inversion systématique dans la désignation gauche-droite chez certains enfants. *Ann. Med. Psychol.*, 1943, 101, 415-419.
- Conrad, K. — Das Körperschema. Eine kritische Studie und der Versuch einer Revision. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1933, 147/3-4, 346-369.
- Critchley, M. — Quelques observations relatives à la notion du Moi corporel. "Corporal awareness". *Encéphale*, 1955, 44, 501-531.
- Chasseguet-Smirgel, J. — Corps vécu et corps imaginaire dans les premiers travaux psychanalytiques. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1963, 27, 255-270.
- Chemama, J. C. — Premières recherches sur les acquisitions des gnosies, des praxies et du langage chez les enfants atteints d'hémiplégie congénitale. *These Univ. de Paris*, 1956.
- Chirpaz, F. — *Le corps*. P.U.F. Paris, 1963.
- Diatkine, R. y Stein, C. — Les psychoses de l'enfant. *L'Evolution psychiatrique*, 1958, 277-322.
- Dolto, F. — A la recherche du dynamisme des images du corps et de leur investissement symbolique dans les stades primitifs du développement infantile. *Le Psychanalyse*, 1957, 3, 297-303.
- Federn, P. — *Ego psychology and the psychoses*. Imago Publ. Londres, 1953.
- Fisher, S. y Cleveland, S. E. — *Body image and personality*. Princeton, N. J. Van Nostrand, 1958.
- Fisher, S., y Cleveland, S. E. — Personality, body perception, and body image boundary. En *The Body Percept*, págs. 48-67. Edit. por S. Wapner y H. Werner. Nueva York, Random House, 1965.
- Geschwind, N., y Kaplan, E. — A human cerebral disconnection syndrome. *Neurology*, 1962, 12, 675-685.
- Goodenough, F. — *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1951.
- Green, A. H. — The effects of object loss on the body image of schizophrenic girls. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1970, 9, 3, 532-547.
- Grunbaum, A. A. — Aphasie und Motorik. *Z. Neurol. Psychiat.*, 1933, 130, 385-412.
- Guillaume, P. — *L'imitation chez l'enfant*. París, Alcan, 1925.
- Hay, G. G. — Dysmorphophobia. *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 116, 399-406.
- Head, H. — *Studies in neurology*. Oxford, Londres, 1920.
- Hecaen, H. y Ajuriaguerra, J. de. — *Méconnaissances et hallucinations corporelles*. Masson et Cie, París, 1952.
- Heider, F. — Citado por A. Levy-Schoen.
- Hoffer, W. — *Mouth and Ego integration*. *Psychoanal. Study Child*, 1949, 3-4, 49-56.
- Hoffer, W. — Development of the body Ego. *Psychoanal. Study Child.*, 1950, 5, 18-24.
- Hoffer, W. — The mutual influences in the development of the Ego and the Id. *Psychoanal. Study Child*, 1952, 7, 31-41.
- Janet, P. — *Les obsessions et la psychasthénie*. Alcan, París, 1903.
- Klein, M., Isaacs, S., Heimann, P. y Rivière, J. — *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., París, 1965.
- Kohler, C., Lachanat, J. — Le "schéma corporel" des enfants infirmes moteurs cérébraux. *Ann. méd-psychol.*, 1972, 2, 177-187.
- Korkina, M. V. — Signification clinique du syndrome dysmorphophobique: une variante de début de schizophrénie. *Zh. Nevrop. Prikiat.*, 1961, 61, 1.
- Koupernik, C. — La psychose de laideur ou dysmorphophobie. *Ent. Bichat, Médecine, Expansion Scientifique Française*, París, 1962, 321-326.
- Koupernik, C. y Dailly, R. — *Développement neuropsychique du nourrisson*. P.U.F., París, 1968.
- Lacan, J. — Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychoanalytique. En *Ecrits*, 1949, 93-100.
- Lebovici, S. y McDougall, J. — *Un cas de psychose infantile*. P.U.F., París, 1960.
- Lelord, G., Fauchier, C., Regy, J. M., Ciosi, J. C., y Combe, P. — Étapes évolutives de l'amélioration d'un syndrome de Gerstmann post-encéphalitique. *L'Encéphale*, 1971, 1, 58-73.
- Levy-Schoen, A. — *L'image d'autrui chez l'enfant*. P.U.F., París, 1964.
- Mannoni, M. — *L'enfant, sa maladie et les autres*. Ed. du Seuil, París, 1967.
- Merleau-Ponty, M. — *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, N.R.F., 1945.
- Mikorey, M. — Psychosomatische Betrachtungen über Phantom und Doppelgänger. *Münch. Med. Wschr.*, 1952, 94, 44-46.
- Minkowski, E. — Prefacio de *Attitudes et mouvements*, por F. J. J. Buytendijk, Desclée de Brouwer, París, 1957.
- Nacht, S. — Du Moi et de son rôle dans la thérapie psychanalytique. *Rev. fr. Psychanal.*, 1948, 12/1, 26-53.
- Nacht, S. — Les nouvelles théories psychanalytiques sur le Moi et leurs répercussions sur l'orientation méthodologique. *Rev. fr. Psychanal.*, 1951, 15/4, 569-576.
- Nacht, S. — Causes et mécanismes des déformations névrotiques du Moi. *Rev. fr. Psychanal.*, 1958, 22/2, 197-203.
- Nacht, S. y Racamier, P. C. — La théorie psychanalytique du délire. *Rev. fr. Psychanal.*, 1958, 22/4-5, 417-574.
- Oldfield, R. C. y Zangwill, O. L. H. — Head's concept of the schema and its application in contemporary British psychology. *Brit. J. Psychol.*, 1942, 32, 58-64.
- Palazzoli Selvini, M. — Contribution à la psychopathologie du vécu corporel. *L'évolution psychiatrique*, 1967, 149-173.
- Piaget, J. — *La formation du symbole chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1945.
- Piaget, J. — Essai d'une nouvelle interprétation probabiliste des effets de centration, de la loi de Weber et de celle des centrations relatives. *Arch. Psychol.*, Ginebra, 1955, 35, 1-24.
- Piaget, J. — *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968.
- Piaget, J., y Maroun, J. — Recherches sur le développement des perceptions. XXXIV. La localisation des impressions d'impact dans la causalité perceptive tactilo-kines-thésique. *Arch. Psychol. Ginebra*, 1957, 36, 202-235.
- Poeck, K. — Ueber die Orientierung am eigenen Körper. *Psychiat. Neurol.*, 1965, 144-167.
- Poeck, K. y Orgass, B. — Ueber die Entwicklung des Körperschemas. Untersuchung an gesunden, blinden und amputierten Kindern. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1964, 32, 538-555.
- Sartre, J. P. — *L'être et le néant*. N.R.F. Gallimard, París, 1943.
- Schachter, M. — Névroses dysmorphiques (complexe de laideur et délire ou conviction délirante de dysmorphie). (A propos des soi-disant "dysmorphophobies" de l'adolescent et du jeune adulte). *Ann. méd. psychol.*, 1971, 1/5, 723-745.

- Schilder, P. — *The image and appearance of the human body*. Londres, Kegan Paul, Trench, Trubner and Co., 1935.
- Schonell, F. J. y Schonell, F. E. — *Diagnosis and remedial teaching in arithmetic*. Oliver & Boyd, Londres, 1957.
- Schonfeld, W. A. — The body and bodyimage. En: *Adolescence: Psychosocial Perspectives*; Caplan, G., Lebovici, S., dirs. Basic Books, Nueva York, 1968.
- Scott, C. M. — Some embryological, neurological, psychiatric and psychoanalytic implications of the body scheme. *Int. J. Psychoanal.*, 1948, 29/3, 140-165.
- Scott, W. C. M., citado por S. Isaacs: En *Nature et fonction du phantasme. Développement de la psychanalyse*. P.U.F., París, 1966.
- Shentoub, S. A. — Remarques sur la conception du Moi et ses références au concept de l'image corporelle. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1963, 27, 271-300.
- Simmel, M. L. — The conditions of occurrence of phantom limbs. *Proc. Am. Phil. Soc.*, 1958, 102, 492.
- Sohn, D. L. — Psychic complex in congenital deformity. *N.Y. Med. J.*, 1914, 100, 959-961.
- Spitz, R. A. — *No and yes*. Nueva York, Intern. Univ. Presse, 1957.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*. P.U.F., París, 1968.
- Spitz, R. A. — *Le non et le oui*. P.U.F., París, 1962.
- Stockert, F. G. — Störung der Darstellungsfunktion bei Sinnesdefekt. *Nervenarzt*, 1958, 23, 121-126.
- Strauss, A. y Werner, H. — Finger agnosia in children, with a brief discussion on defect and retardation in mentally handicapped children. *Am. J. Psychiat.*, 1939, 95, 1215-1225.
- Tabary, J. C. — Image du corps et géométrie spontanée de l'enfant. *Rev. de Neuropsychiat. infant.*, 1966, 14/1, 1-17.
- Tagiuri, R. y Petrullo, L. — Person, perception and interpersonal behavior. Stanford Univ. Press, Stanford, Calif., 1958.
- Tausk, V. — Citado por Chasseguet-Smirgel, J.
- Tomkiewicz, S. y Finder, J. — La dysmorphophobie chez l'adolescent caractériel. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 12, 939-965.
- Trillat, E. — Le corps, son vécu et sa représentation. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1963, 27, 231-253.
- Vallat, J. N., Leger, J. M., Destruhaut, J., y Garoux, R. — Dysmorphophobie, syndrome ou symptôme? *Ann. méd. psychol.*, 1971, 2/1, 45-66.
- Wallon, H. — Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. *Enfance*, 1959, 3-4, 252-263.
- Wallon, H. — Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *J. de Psychol.*, nov.-dic. 1931, reproducido en: *Enfance*, 1963, 1-2, 121-150.
- Wapner, S. y Werner, H. — *Perceptual development*. Worcester, Mass. Clark Univ. Press, 1957.
- Wapner, S. y Werner, H., edit. — *The body percept*. Random House, Nueva York, 1965.
- Weinstein, S., Sersen, E. A. y Vetter, R. S. — Phantoms and somatic sensations in cases of congenital aplasia. *Cortex*, 1964, 1, 276-290.
- Winnicott, D. W. — Le corps et le self. En: *Lieux du corps. Nouv. Rev. Psychanal.*, Gallimard, 1971, 3, 37-48.
- Witkin, H. A. — Development of the body concept and psychological differentiation. En *The body percept*, págs. 26-47. Edit. por S. Wapner y H. Werner. Nueva York, Random House, 1965.
- Wylie, R. C. — *The self concept*. Lincoln University of Nebraska Press, 1961.

CAPÍTULO XII

EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD Y ALTERACIONES PSICOSEXUALES EN EL NIÑO

I. — EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD

A. — ORGANIZACIÓN MORFOFUNCIONAL

Los términos "sexual" y "sexualidad" son sumamente amplios. Se usan tanto respecto a los específicos órganos masculinos como a los femeninos; por lo demás, en los respectivos aparatos indican funciones distintas: por una parte, las que aseguran la perpetuación de la especie y, por otra, las que rigen la aparición de los caracteres sexuales. A la primera función, E. Gley la llama "germinal", y "sexual" a la segunda. A. Hesnard distingue entre genital y erótico. Lo genital es la parte localizada de lo sexual encaminada al funcionamiento privativo de los órganos genitales. Lo erótico es igualmente un elemento de lo sexual o, mejor dicho, es la característica de un ambiente biológico que con frecuencia parece incluido en la sexualidad, aun cuando en ocasiones deje de serlo en un modo todavía incierto; el erotismo consiste en placeres preferentemente de orden subjetivo, o al menos de apetito o necesidades sentidas por el adulto como de naturaleza más o menos manifestamente sexual, pero que en el niño pueden ir ligadas al ejercicio de funciones comúnmente consideradas como no sexuales.

Como dice Gilbert Dreyfus (1969), el sexo es la resultante de la yuxtaposición de siete componentes (genético o cromosómico, gonadal, germinal o gonocitario, gonofórico interno, gonofórico externo o perineal, hormonal, somático o morfológico general), o de nueve, si se añade el sexo asignado por el estado civil y la orientación de la libido.

Sin duda hay diferencias morfológicas entre los sexos, especialmente en el aparato genital; el aparato genital masculino es externo y presenta las características de un órgano penetrante, mientras que el órgano femenino es interior, totalmente oculto (A. Hesnard), y presenta las características de un órgano receptor, con su correspondiente morfología general. Las diferencias obedecen al proceso de *embriogénesis* y van íntimamente ligadas a especiales sistemas endocrino-neurológicos. Por

otra parte, hay necesidades eróticas con ansias de satisfacción inicialmente difusas, localizadas en zonas erógenas diseminadas y posteriormente en zonas más reducidas. Hay diversas maneras de satisfacer dichos deseos, diversas fórmulas y técnicas. En general se suele admitir que tienden a genitalizarse y hallan su natural satisfacción en las relaciones heterosexuales.

1.º Cómo se determina el sexo

En la especie humana el sexo se determina en el momento de la fecundación; aun cuando, en ciertas anomalías, como en las fórmulas de mosaicismo, lo defectuoso de la primera división celular tendrá su importancia en la posterior determinación. El sexo masculino es heterogamético (46, XY); el femenino homogamético (46, XX).

De acuerdo con L. David (1970) precisaremos que teniendo en cuenta los datos sobre las aberraciones gonosómicas y considerando como criterio de masculinidad la diferenciación testicular, puede decirse que, en el hombre, la determinación sexual depende principalmente de la presencia o ausencia del cromosoma Y; la diferenciación testicular no tiene lugar si falta el cromosoma Y (no sólo en sujetos 46, XX, sino también en el caso del síndrome de Turner, 45, X, por pérdida del cromosoma X o Y); tienen lugar con su presencia, incluso si hay cromosomas X supernumerarios (en el caso del síndrome de Klinefelter, 47, XXY, o 48, XXXY). Parece que el o los genes testiculodiferenciadores se localizan sobre el brazo corto del cromosoma Y (observación de un morfotipo femenino en presencia de un isocromosoma para el brazo largo de Y, y masculino en presencia de un isocromosoma en el brazo corto de Y).

En aparente contradicción se revelan observaciones de diferenciación testicular con fenotipo macho (pero muy próximo al síndrome de Klinefelter), a pesar de un cariotipo XX (revisión reciente: J. Guyot, 1971). Las observaciones de hermafroditismo verdadero con coexistencia de elementos gonádicos testiculares y ováricos con un cariotipo XX plantean el mismo problema. Parece factible que el material genético del Y sea intervenido en el momento de la gonadogénesis y la hipótesis más seductora sería la translocación del material genético del Y sobre un X o un autosoma (L. David, 1970).

En lo que concierne al cromosoma X, si los órganos genitales se diferencian en el sentido femenino en ausencia de un segundo cromosoma X, este parece indispensable para la diferenciación ovárica.

En la práctica, una primera aproximación de la evaluación del complemento cromosómico sexual puede hacerse por la búsqueda de la "cromatina sexual" o "cuerpos de Barr", masa cromatiniana localizada contra la membrana nuclear de células, simplemente conseguidas por frotis bucal. Ella corresponde a la presencia de un segundo cromosoma X: está presente ("tipo cromatiano positivo") en los sujetos de sexo femenino (46, XX), pero también en los de sexo masculino 47, XXY (síndrome de Klinefelter); está ausente ("tipo cromatiniano negativo") en los sujetos de sexo masculino (46, XY), pero también en el caso del síndrome de Turner (45, X). Además, las observaciones hechas en los casos de complementos cromosómicos sexuales con X múltiples, han permitido llegar a la conclusión de que el número de cuerpos de Barr es igual al de los cromosomas menos uno.

Por tanto, hay un sexo cromosómico y, por otra parte, un tipo cromatiniano positivo (antes denominado femenino) o un tipo cromatiniano negativo.

2.º Diferenciación del sexo

En el embrión humano las gónadas y gonóforos primitivos hacen su aparición en la quinta y sexta semanas de la gestación, en un primer momento indiferenciadamente.

a) Diferenciación de las gónadas. — La diferenciación de las gónadas comienza en la séptima semana. Hay lugar para pensar que los genes sexuales localizados sobre el cromosoma Y dirigen

activamente la diferenciación gonádica, mientras que los determinantes sexuales de las X tendrían una acción mucho más moderada. Las investigaciones actuales se orientan hacia la búsqueda de un proceso humoral (reacciones enzimáticas) por el cual los genes sexuales inducirían la diferenciación gonádica.

b) Diferenciación del tracto genital. — En la fase de indiferenciación, los conductos de Wolff (♂) y de Müller (♀) se desarrollan mucho. En el tercer mes hacen una regresión un grupo de conductos provisionales para desaparecer en gran parte. En el embrión macho, los conductos de Wolff forman epididimos, conductos deferentes y vesículas seminales; en el embrión hembra, los conductos de Müller forman las trompas, el útero y la vagina. La diferenciación masculina es inducida por la presencia de testículos embrionarios que influyen durante un período crítico limitado; la acción del testículo fetal es limitada en el espacio ya que no alcanza los gonoductos contralaterales (experiencias de castración unilateral, caso de los hermafroditas), de ahí la hipótesis de que los testículos fetales intervienen por medio de una sustancia todavía desconocida que actúa por simple difusión a través de los tejidos.

La diferenciación femenina aparece como un fenómeno pasivo (estudios de A. Jost).

c) Diferenciación de los órganos genitales externos. — La fusión media de los repliegues urogenitales y labioscrotales, así como el crecimiento del tubérculo genital, completan la diferenciación masculina. En el sexo femenino el tubérculo genital crece en grado mínimo con el fin de formar el clítoris; el seno urogenital, no se cierra y se divide en orificios de uretra y vagina; los repliegues urogenitales no se fusionan, limitándose a formar los labios menores, y los repliegues labioscrotales los labios mayores. La diferenciación femenina es allí también el fenómeno pasivo espontáneo (experiencias de la castración embrionaria en los dos sexos, A. Jost; síndrome de Turner, al que puede hacerse un paralelismo con estas experiencias).

El testículo fetal es, por el contrario, indispensable para una diferenciación masculina, interviene por su secreción de andrógenos y principalmente de testosterona, pero la masculinización de los órganos genitales externos puede ser también el efecto de los andrógenos suprarrenales. La acción de los andrógenos está limitada por un factor de receptividad hística variable en el tiempo.

3.º Factores hormonales y nerviosos

Numerosas publicaciones estudian el problema de la acción de las hormonas (*L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme*, Fondation Singer Solignac, 1954; *Hormones et comportement*, bajo la dirección de H. P. Klotz, 1970). En la revisión crítica de F. A. Beach (1971), se encontrarán numerosas investigaciones sobre el papel de los factores hormonales, en particular durante la vida fetal y el comienzo de la vida posnatal. La posición teórica de numerosos autores actuales, dice, es: 1) La presencia de andrógenos durante un período limitado de sensibilidad elevada del sistema nervioso central afecta al individuo de tal manera que más tarde en la vida, los andrógenos tienden a aumentar la probabilidad de un comportamiento típico de macho genético en respuesta a una estimulación externa apropiada; un efecto cualitativo similar puede inducirse en un grado más o menos elevado en hembras genéticas exponiéndolas a una estimulación androgénica durante el período sensible. 2) En ausencia de andrógenos durante el período sensible del crecimiento del sistema nervioso central, el individuo tiende a desarrollarse de tal forma como en la edad adulta, existe una probabilidad aumentada de respuestas femeninas bajo la influencia de hormonas ováricas y de una estimulación exteroceptiva apropiada; es lo que ocurre normalmente en las hembras genéticas; un proceso similar puede producirse en diversos grados en los machos genéticos con un tratamiento con andrógenos o castrándolos en el nacimiento. (Veremos paralelismos clínicos efectuados por J. Money con referencia a este tema).

F. A. Beach critica las interpretaciones formuladas en términos de "organización" o de "desorganización" de los mecanismos cerebrales responsables del comportamiento de cópula macho versus hembra; habría únicamente una generalización por analogía con el control hipotalámico de la función hipofisaria y la diferenciación de los órganos genitales externos. Concluye que con excepción de los cambios en la anatomía genital, los efectos de la estimulación androgénica durante la

vida fetal consisten en cambios en la respuesta comportamental a las hormonas gonádicas en la edad adulta. Por otro lado cita a M. Diamond quien dice que no hay pruebas para apoyar la creencia de que existe un simple mecanismo macho versus hembra que fija los umbrales sexuales en el sistema nervioso, y que los repertorios de conducta del macho y de la hembra pueden ser paralelos y discontinuos más que unidimensionales y continuos con "macho" en un extremo y "hembra" en el otro. Si bien hace tiempo que se conocen los centros de automatismo sexual de erección y eyaculación asentados en la médula lumbosacra, estudios experimentales más recientes han puesto de manifiesto el importante valor de las estructuras hipotálamicas (E. W. Dempsey y D. Rioch, Rogers, etc.) y rinencefálicas (L. Schreiner y A. Kling, J. D. Green P. D. Mac Lean, etc.)

Según A. Soulairac y M.-L. Soulairac, se puede admitir que a nivel del hipotálamo, tanto las lesiones anteriores preópticas como las lesiones posteriores mamilares provocan la desaparición de todo comportamiento sexual; únicamente las lesiones posteriores determinan perturbaciones graves del tracto genital sin participación hipofisaria aparente; las dos estructuras parecen pues normalmente indispensables en la realización de la conducta y hay que admitir la necesidad de su funcionamiento sinérgico.

El rinencefalo desempeña un importante papel: un estado de hipersexualidad, con tentativas compulsivas de realización, aparece tras la ablación de la amígdala rinencefálica (L. Schreiner y A. Kling). La hipersexualidad va acompañada de diversas desviaciones: tentativas de copular los machos entre sí, copulación con animales de especies diferentes (perros, monos, gallinas), copulación en serie de diversos animales (*tandem copulation*) o intentos de copular con objetos inanimados (el clásico oso de peluche) presentados al animal (J. D. Green). Tales actos tienen carácter incoercible. Como señalan H. H. Jasper, P. Gloor y B. Millner, la hipersexualidad observada tras la amigdalectomía bilateral hace pensar en la existencia de un trastorno funcional del sistema hipotálamohipofisario encargado de controlar las funciones sexuales. El neocórtex constituye otro nivel de integración de las actividades copulativas, F. A. Beach ha demostrado la diversa importancia de la región cortical según el nivel de la escala animal. En algunos animales hay que tener en cuenta la importancia de las zonas del olfato y de la visual en la sexualidad. El córtex cerebral tendría según algunos, un papel en la motivación, sobre todo en el macho.

Por consiguiente, hay que admitir la existencia de una regulación hormonal y de los receptores, reguladores neurológicos. Mas la experimentación muestra que puede modificarse este tipo de organización en su actividad por factores externos o, en la forma de manifestarse, por condicionamientos.

B. — PROBLEMAS PSICOSOCIALES

I. — NOCIÓN DE BISEXUALIDAD¹

Con el concepto de bisexualidad entramos en el ámbito de la ambigüedad lingüística y de los hechos reales. Todas las teorías al respecto tienden a demostrar lo mismo; la fundamental unidad de ambos sexos; no es obstáculo para que sus puntos de referencia sean diferentes: mitológicos, sociológicos, de comportamiento, hormonales, citológicos, etc.

La androginia (unión de dos sexos en uno), concepto que aparece constantemente en la historia, se describe como una auténtica unión biológica —el ser completo y separable, de Platón—, o como una inversión funcionalmente considerada (*Antología Palatina*), como una nueva forma asexual, como un tercer sexo diferente por la forma y el nombre, como un estado original (la androginia de Adán) cuya separación fue consecuencia del pecado original (Jacob Boehme) o, por último, como una perspectiva de futuro (románticos alemanes).

Desde un punto de vista sociológico, la ambigüedad sexual aparece bajo diversos aspectos, como disfraz de ciertas ceremonias rituales, lo mismo entre los griegos que en algunos de los llamados

pueblos primitivos, o en forma iniciática. En las obras de M. Delcourt se encontrarán los mitos y los ritos de la bisexualidad en la antigüedad clásica.

Como dice J. Halley des Fontaines, la iniciación es el rito mediante el cual el joven se afirma como hombre total, con sus correspondientes derechos y deberes: es un rito que robustece su virilidad. Si la iniciación es para mujeres, robustece su feminidad, mas, por una contradicción interna que le es particular, la virilidad del varón se afirma para ser inmediatamente negada mediante un rito especial —circuncisión o subincisión—, al igual que ocurre con la mujer. Éstas son sus palabras: "En el símbolo ritual, cuando un polo se afirma es para mejor negarse inmediatamente, bien por estar a un tiempo reunidos ambos sexos, o por cambiar de uno a otro, como queriendo significar el sentimiento de estar incompletos uno sin el otro en una misma persona." El afeminamiento iniciático del varón se pone de relieve en algunas tribus africanas al vestirse de mujer. La iniciación es una ceremonia que afirma la plenitud de cada sexo, pero una vez afirmada previamente en cada sexo la plenitud del sexo contrario. En algunas tribus existe la subincisión, consistente en la perforación del pene por debajo, con la finalidad de formar una especie de hipospadias artificial. Tanto es así, que el subincisionado llega a ser llamado "poseedor de vulva". Por eso se ha dicho que el iniciado, dotado por la Naturaleza de un miembro viril, ha de recibir la parte sexual femenina para convertirse en un ser perfecto. Por otra parte, en algunas tribus de Oceanía, quien ha sido objeto de incisión ha de servir a los mayores como si se tratara de una mujer, en actos de pederastia ritual. Cabe decir que un sexo se afirma para inmediatamente ser negado al afirmarse el sexo contrario de la misma persona.

En 1884, E. Gley manifestó que en todos los sexos se da la bisexualidad. C. Champy y otros nos muestran experimentalmente la existencia de caracteres ambisexuales en los animales. En una crítica, basada en hechos clínicos y experimentales, A. Tusques defiende que no hay caracteres totalmente machos o hembras; cambian con las especies e incluso en una misma especie. En cuanto a las hormonas, no hay que oponer hormonas masculinas y femeninas ya que, si bien existen en ambos sexos —en proporciones a veces características de un sexo determinado— se hace ver que andrógenos y estrógenos, aparte de sus específicas propiedades, tienen otras que son comunes.

El estudio del comportamiento animal hace ver que no es posible describir una psicología característica del varón o de la hembra universalmente válida. En toda la escala animal y en los animales superiores se dan comportamientos sexuales ambivalentes. S. Zuckerman señala que en el mono, la actividad homosexual parece frecuente, facultativa, fortuita y determinada por situaciones sociales y afectivas contingentes, pero subraya que el aumento hormonal del estro en la mona —al igual que la fuerte alza hormonal de la pubertad— mantiene sólidamente en ella —y de rebote en el macho— tendencias específicamente de finalidad heterosexual.

Gregorio Marañón señala modificaciones de los caracteres sexuales en la evolución de una misma persona: "La feminidad es una etapa intermedia entre la adolescencia y la virilidad. La virilidad es una etapa final en la evolución sexual. Para dejar de ser niño y transformarse en hombre, todo hombre ha de pasar por una etapa de feminidad más o menos notable. Y toda mujer, si su ciclo vital se realiza por entero, ve al final de su evolución que su feminidad se debilita y de sus ruinas surgen indicios de virilidad."

Sabemos la importancia que da S. Freud a la bisexualidad en el género humano, y especialmente en la mujer. Lo biológico de dicha teoría no concuerda con los actuales conocimientos sobre el sexo citológico. Como dice W. H. Guillespie, de admitir el determinismo sexual, "desde dicha óptica el concepto de bisexualidad no hace referencia tanto a un hecho biológico fundamental, sino más bien a cierta plasticidad del individuo en cuanto a los papeles sociales que se le ofrecen". Socialmente adquirido, el sexo puede tener una función en el comportamiento sexual, pues vemos en los estados intersexuales —que estudiaremos después— que la orientación sexual de una persona está más íntimamente ligada al sexo recibido al nacer y a la actitud de quienes le rodean que al sexo gonádico propiamente dicho.

En su discusión sobre la evolución de la sexualidad, E. Jones admitía ya que si bien parece probable la innata bisexualidad, aunque difícil de probar, no cabe emplearla como argumento cada vez que nos encontremos con dificultades clínicas.

1. Se puede emplear también el término "Ambisexualidad". (N. del T.)

II. — EVOLUCIÓN DE LA ORIENTACIÓN Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

La aportación del psicoanálisis nos ha dado a conocer que no cabe desligar placer y deseo. Lo genital no es más que una de las expresiones de la sexualidad, no de los aspectos de la evolución de la libido difusa o localizada según la fase de su fijación. En un momento dado aparece en primer plano, dando paso a la primacía de otras fases —manteniéndose, empero, de otro modo—. Por más que cuanto ocurre en el estadio oral o anal no sea equivalente a lo que sucede en la fase fálica, lo vivido en tales períodos conlleva en sí los elementos que se manifestarán diferentemente mediante el sistema genital: actividad-pasividad, ansia de poder o de sumisión. Los placeres que produce una tercera persona al lavar el cuerpo o las partes genitales, los impulsos autoeróticos difusos o mal localizados y los fantasmas del esperado placer se organizan en torno y a partir de los órganos genitales.

En opinión de S. Freud, una auténtica organización genital no existe hasta la pubertad. Hasta ese momento, masculino y femenino significan simplemente fálico o castrado. En la segunda fase de la masturbación infantil el niño comprenderá que las niñas no están hechas como él, que no poseen un pene, mientras que la niña se percatará de que también a ella le falta algo. Sólo se conoce un órgano sexual: el masculino. Ahora bien, mientras que a los deseos del varón se asocia la amenaza de castración, la presencia del pene masculino hace sentirse inferior a la muchacha. Su complejo de castración podrá presentar diferencias, bien ser por deseos de un pene semejante al de los varones, bien porque crea haberlo tenido o perdido, o porque su falta de pene la asocia a una especie de castigo, merecido o no. Si el complejo de castración señala el declive del complejo de Edipo en el chico, en la niña es precisamente lo que lo origina. De este modo, la organización sexual se efectúa partiendo de una organización fálica: el miedo en el niño a la castración, y en la niña el deseo de poseer un pene, con rencor a la madre por haberla hecho nacer sin él. Según S. Freud, el complejo de Edipo aparece desde muy temprano, y hay que comprenderlo desde sus raíces. En el muchacho, cederá ante el complejo de castración; en la niña, será una formación secundaria hecha posible y promovida por el complejo de castración.

En el marco del desarrollo y en relación con la libido, S. Freud considera que no hay diferencias entre el muchacho y la muchacha; hasta el inicio del estadio fálico la niña es un hombre pequeño, la masturbación es fálica en ambos sexos ya que el clitoris es un pene reducido y la vagina todavía no la han descubierto ninguno de los dos. La feminización se manifestará por una erogenización de la vagina, que coincide con el abandono de la dependencia filial respecto a la madre y la elección del padre como objeto.

B. Bettelheim admite que cada sexo envidia los órganos y los poderes sexuales del otro. Aunque se ha insistido sobre los efectos de la envidia del pene en la chica, la otra vertiente de la bisexualidad humana se ha descuidado pues, según este autor, el muchacho desea también llevar un niño en su vientre, poder procrear. La naturaleza concede a cada individuo un sexo solamente, por ello los deseos y características de las funciones del otro sexo conduce a un *impasse* psicológico: hacerse como el otro (es lo que el individuo desea) implica la renuncia a su propio sexo (lo que rechaza).

El concepto de S. Freud acerca de la evolución sexual ha sido discutido por alguno de sus seguidores, sobre todo cuanto se refiere a la sexualidad femenina (véase J. Chasseguet-Smirguel y otros). K. Horney, M. Klein y E. Jones sostienen la inicial función vaginal de la libido en la niña normal. El clitoris, en vez de estar erotizado en un primer momento, tardará en estarlo, sirviendo —por así decirlo— de protector del interior del cuerpo amenazado por el orgasmo. En oposición a S. Freud, E. Jones piensa que la niña es desde el primer momento más femenina que masculina. Por lo demás, no interesa establecer una identidad entre ambos órganos —pene y clitoris— bajo pretexto de su analogía fisiológica. Por otra parte, es conocido el valor que M. Klein y E. Jones dan a una pronta formación del complejo de Edipo en la formación de la personalidad y del modo de ser, masculino o femenino. Piensan, por una parte, que la niña posee un conocimiento inconsciente de la vagina —creen, con K. Horney, que “vagina no descubierta equivale a negación de la vagina”— y, por otra, conceden la mayor importancia a la temprana vida fantasmática, a expensas de la realidad externa.

Tras la fase edipiana, la sexualidad pasa —entre los 5 y los 12 años— a la llamada fase de latencia que Ed. Pichon llama “estadio de descarnalización”. Para A. Freud, el período de latencia, con su disminución fisiológicamente condicionada de las fuerzas de los instintos, da al Yo una tregua en su combate defensivo. Se produce un relativo decrecimiento en los intereses sexuales infantiles. No obstante, hay quien duda incluso de la existencia misma de dicha latencia sexual. Para Cl. Thompson, el carácter del período de latencia depende de los factores sociales. Para otros, en este período se acentúan comportamientos no sexuales, en vez de darse una disminución de factores sexuales subyacentes. J. Money señala un período de latencia en chicos con una temprana pubertad. Para S. Freud, en la pubertad, el miembro viril, ya erétil, señala el nuevo objetivo, la penetración en una cavidad. Considera que la pubertad se caracteriza por dos importantes fenómenos: la subordinación de todas las excitaciones sexuales, cualquiera que sea su origen, a la esfera genital, y el proceso mediante el cual se elige el objeto. Se supera el autoerotismo infantil. La pulsión se orienta desde la pubertad hacia un objeto sexual concreto que se transforma en un oponente.

Ciertos psicoanalistas, culturalistas o sociólogos han discutido el desarrollo basado simplemente en los instintos (K. Horney, M. Fromm, etc.). Es evidente que el problema de la sexualidad, fenómeno biológico, no puede ser comprendido más que si se le sitúa en el marco del papel y del estatuto de una determinada cultura. Según las sociedades, las prohibiciones y las concesiones son diferentes y la importancia o la forma de la organización familiar son diversos. Esto ha sido demostrado por numerosos antropólogos y psiquiatras. R. Bastide sostiene que si hoy día la sexualidad está controlada en todos los ámbitos, antaño existió —y todavía se da en los pueblos primitivos— una libre sexualidad abocada por completo al placer, junto a una sexualidad sometida —al contrario que la anterior— a numerosos tabús, no por ser sexual, sino precisamente por ser algo distinto de la sexualidad, forma y símbolo por esencia de comunidad social. Hay bastantes pueblos en que los adolescentes no sufren trabas sexuales antes del matrimonio.

Haciendo un estudio de la vida sexual de los primitivos del noroeste de la Melanesia, B. Malinowsky señala que a los niños se les inicia sexualmente desde la más tierna edad y suelen asistir a la unión amorosa de sus padres. Niños y niñas se inician entre sí manipulándose los respectivos órganos genitales y la acción sexual infantil se considera como un inocente esparcimiento. Posteriormente, las intrigas amorosas se desenvuelven lejos de la familia, en las “casas de solteros”. En aquellas latitudes las perversiones sexuales son, por decirlo así desconocidas.

Con el matrimonio comienza el tabú sexual; mas, como señala R. Bastide, no es el acto sexual en sí tabú, como manifestación de la libido, sino como símbolo de la comunidad social y manifestación de la vida colectiva.

En su polémica obra titulada, *El segundo sexo*, Simone de Beauvoir, dice: “No se nace mujer, sino que se deviene mujer. No hay instinto biológico alguno, psíquico o económico para definir la figura que en la sociedad reviste la hembra humana. Es la civilización en sí quien elabora los productos intermedios entre macho y castrado que reciben el nombre de femenino.” Y prosigue: “el gran malentendido en que se fundamenta este sistema de interpretación radica en que se acepta que al ser humano hembra le es *natural* hacer de sí una *mujer femenina*: no basta con ser heterosexual, ni siquiera madre, para realizar dicho ideal; la “auténtica madre” es un producto artificial que la civilización fabrica, como antaño se fabricaban castrados; el pretendido “instinto” de coquetería y docilidad le es impuesto al igual que al varón el orgullo fálico.” Y prosigue: “El hombre es representativo hoy día de lo positivo y de lo neutro; viene a ser a un tiempo el representante del macho y del ser humano, mientras que la mujer se ve reducida a lo negativo, a la función de hembra. Siempre que ésta se comporta como ser humano significa que se identifica con el macho.”

S. Lilar, quien hace una crítica de las ideas emitidas por S. de Beauvoir, dice “la aberración es haber ignorado esta virilidad de la mujer y esta feminidad del hombre y haber identificado estas categorías sexuales independientes de los sexos con el sexo, del cual sólo representan la inclinación.”

Ya S. Freud se había alzado contra la concepción de feministas ávidos de hacernos admitir que ambos sexos son totalmente iguales por posición y valor. M. Bonaparte se alza a su vez contra la confusión —aceptada en ocasiones— entre funciones de la libido y la selección objetal. Las primeras vienen más determinadas por la naturaleza, mientras que la selección de objeto depende en mayor

proporción de los acontecimientos externos de la infancia, del complejo de Edipo, de su evolución y de las represiones que vienen impuestas por las inhibiciones. La identidad sexual se afirma con la evolución mediante el proceso de identificación a través de las personas objeto de pulsiones, identificación que se crea y organiza el Yo mediante el mecanismo de la introyección. Por la imitación de la función del otro, se puede adoptar diferente identidad sin verse atrapado en la elección ineluctable y peligrosa; pero donde el muchacho realmente obtendrá su autonomía y posteriormente su identidad sexual será a través de las sucesivas identificaciones (M. Mahler). En el marco de la familia y la cultura hay un especial estilo de relaciones que confirma antes o después dicha identidad; identidad que no sólo precisa ser vivida y sentida como tal, sino que ha de ser compartida por los demás. El niño se afirma al aprender su función. T. Parsons reinterpreta el dinamismo del complejo de Edipo por el aprendizaje mediante el juego de tempranas identificaciones. Este reforzamiento por función o aprobación permite, tal vez, imponer la función, mas no forzosamente el vivirla como tal, ya que el niño puede sentirse distinto de como pretende la imposición, o diferir su ideal del que desean quienes le rodean, aun con presiones demasiado fuertes, frente a los deseos paternos, y ello por mecanismos de raíz no únicamente racional.

Algunos autores han explicado las tendencias masculinas o femeninas de una persona por las características morfológicas, reflejo de los componentes somáticos de base hormonal. Es poco satisfactorio este modo de ver si se ha de prescindir de su aspecto formal, pero adquiere pleno sentido unido al modo de ser y de sentirse en el propio cuerpo y el cómo es sentido por su entorno. Entorno que, a su vez, emplea con el niño o el adolescente la ambigüedad de sus propias tendencias y deseos, proyectando en él sus propias reivindicaciones sexuales o sociales de sumisión, dominación, etc.

Para A. M. Rocheblave-Spenlé, la morfología viene a representar para un individuo y su entorno un dato fijo que no se puede eludir y que habrá que elaborar en la propia conducta. La estructura corporal se transforma en experiencia psicosocial; determina indirectamente la identificación sexual del individuo, que considera a su propio cuerpo como un objeto que en su experiencia personal tiene un lugar destacado, lo reviste de ciertos valores y adopta para con él una determinada actitud; podrá aceptar y acentuar la imagen de su propio cuerpo o rechazarla y negarla, según corresponda o no al ideal morfológico que se ha creado. Ese ideal del Yo, a su vez, tiene su origen en todo un contexto psicológico, en las primeras experiencias infantiles, en su educación y en sus tempranas identificaciones. Cuando un muchacho, presenta una morfología femeninoide y, por otra parte, desea asemejarse a su padre, hombre fuerte y viril, probablemente tratará de no fijarse en sus propios rasgos femeninos y lo compensará practicando los deportes y adoptando un aire decidido y brusco. Por otra parte, la mujer de aspecto un tanto viril acentuará sus rasgos masculinos y se sentirá justificada de manifestar una conducta sexual de tipo masculino si su auténtico ideal era ser varón.

A veces la morfología determinará de otro modo el comportamiento sexual de una persona, contando con la intervención de factores sociales. Así, en la mente de casi todo el mundo, por una estereotipia social, van íntimamente asociados morfología y comportamiento personal. Se tiende a pensar que un hombre de apariencia femeninoide tiene también rasgos de carácter femeninos, tratándolo como tal, adoptando para con él la misma actitud que adoptarían con una mujer. Poco a poco irá conformándose a la imagen que se hacen de él, comenzará a "entrar en el juego", y asimilará su manera de interpretar el papel que le atribuyen los demás.

En conclusión, se han opuesto las doctrinas que sostienen que la orientación sexual se basa en datos genéticos, hormonales, neurológicos, morfológicos a las que admiten la existencia de un sexo psicológico independiente de dichos datos y la influencia de la propia constitución individual, la psicodinámica de las primeras relaciones y la acción de factores externos psicosociales. Numerosos hechos tienden a demostrar que la acción de las hormonas no es determinante directa del comportamiento sexual. Administrando andrógenos a la coneja, como dicen M. Klein y G. Mayer, puede provocarse la aparición de un comportamiento de macho o de hembra según incitaciones ambientales. La acción hormonal influirá en la morfogénesis y permitirá también reforzar unos "modelos de conducta" psicosexuales, pero no promoverlos (L. R. Broster y W. F. Allen). Las lesiones neurológicas pueden ocasionar modificaciones de la orientación sexual, cosa especialmente visible en la encefalitis epidémica, que se da al mismo tiempo que una modificación de la personalidad. Por lo

demás, ya hemos visto que no es la morfología en sí lo que explicará la orientación. No consideramos necesario reducir todo el comportamiento sexual a un mecanismo unívoco, hormonal o psicógeno. Como dicen H. Robbe y Cl. Girard, son las interacciones de los diversos factores, el momento en que intervienen en el desarrollo, el nivel estructural en que actúan lo que permite una normal morfogénesis y madurez de la personalidad.

Hemos visto la existencia de todo un sistema morfofuncional, base de la sexualidad, mas no podemos entender la sexualidad sin su implícita complacencia y sin su desarrollo respecto a un objeto de afecto. Y la evolución de los instintos tampoco es separable del cuadro social en que actúa la sexualidad. De acuerdo con O. Fenichel, y en oposición a M. Fromm, creemos que las necesidades instintivas son la materia bruta, modelada por la influencia de la sociedad. La experiencia —o condicionamientos sociales— es la encargada de transformar las potencialidades en una realidad, quien forma la auténtica estructura humana encauzando las exigencias del instinto en determinada dirección; favoreciendo algunas de ellas y bloqueando otras, incluso enfrentando unas contra otras.

C. — EVOLUCIÓN DE LOS INTERESES SEXUALES Y DE LAS MANIPULACIONES SEXUALES

I. — EVOLUCIÓN DE LOS INTERESES SEXUALES

El interés por la propia diferenciación sexual personal o ajena, por la pertenencia a un grupo, la curiosidad por el problema de la procreación y del nacimiento, el interés por los juegos sexuales consigo mismo o con otra persona, el interés psicosocial por el sexo contrario cambia con la edad. A. Gesell (1943) ha querido describir los sucesivos grados del conocimiento o preguntas del niño tanto acerca de su propio sexo como del ajeno. El resultado de su tarea es el siguiente:

A los 18 meses, el niño llama nene tanto a los niños como a las niñas. A los dos años sabe distinguir ya entre niños y niñas por el vestido y el corte del cabello. A sus órganos genitales les da el mismo nombre que a la micción. A los dos años y medio, consciente de sus propios órganos sexuales, puede llegar a palpárselos cuando se halle desnudo. Sabe que es hombre como su padre o mujer como su madre, y emplea ya el término sexual infantil, es decir, niño o niña. A los tres años expresa verbalmente su interés por la diferente psicología de los sexos y las diversas posturas para orinar; las niñas tratan de hacerlo de pie. Al niño le gusta observar y tocar a los adultos, especialmente el pecho materno. A los cuatro años a veces se muestran exhibicionistas. A los cinco disminuye el exhibicionismo sexual. Consciente de los órganos sexuales al ver desnudos a los mayores, podrá preguntarse por qué el padre no tiene pechos o por qué la hermana no tiene pene. A los seis años, ambos sexos proceden a mutuas investigaciones, obteniendo una respuesta concreta al problema de las diferencias sexuales. Para confirmarlo, parece haber sus correspondientes juegos sexuales. En ese momento el pequeño se pregunta cómo sale el bebé de la madre y se plantea el problema del origen de su existencia. A los siete años, pueden aparecer las primeras "historias de amor" entre niños y niñas. A los ocho comienza a hablar y burlarse de los problemas sexuales. A los nueve, se interesa por los detalles de sus propios órganos sexuales y por su función; puede disgustarle que le vean desnudo o incluso no querer que le vean desnudo su padre ni su madre; se separan por sexos en los juegos, y cuando éstos son mixtos tratarán a veces de besarse o bromear sobre lo referente al sexo.

Llegada la edad escolar, el niño tiene especiales relaciones, con admiración por

los mayores, con quienes suele tratar de identificarse. Pasada la pubertad, aparecen los enamoramientos por personas de su mismo sexo, con frecuencia de la misma edad, y posteriormente del sexo contrario.

En un estudio con niños de la escuela maternal —muchachos de 2 a 6 años en su mayoría— S. Isaacs ha observado que el exhibicionismo y el voyeurismo, así como el sadismo, eran comunes a las edades de 3 y 4 años. Ha subrayado también la existencia de una curiosidad persistente acerca de la anatomía del otro sexo; los muchachos buscaban aproximarse a mujeres para intentar, seriamente o como juego, examinar sus órganos genitales.

Tras estudiar profundamente la concienciación y comportamiento infantil ante los problemas sexuales, J. H. Conn piensa que hay cuatro factores que influyen en sus actitudes: la importancia que en una edad temprana da el niño a determinadas palabras que oye sin entender, términos a veces prohibidos y que no osa repetir en familia, términos que tienen un sentido misterioso y que utiliza a veces en sus juegos; el grado de desarrollo que limita la comprensión de la complejidad de las relaciones sexuales; el interés por los problemas sexuales que ha sido estimulado grandemente por la socialización del niño, por la discusión con los otros niños y por las respuestas más o menos ambiguas de los padres a sus preguntas; en algunos juegos con los demás pueden darse ciertas maniobras de reconocimiento sexual, bien de tipo exhibicionista, bien de tipo manipulativo. Un llamado factor "sensual" interviene a partir del momento en que el niño es consciente de sensaciones genitales agradables, tan agradables que su atención se torna repetidamente a sus órganos.

S. M. Levin y cols. (1972), presentaron a niños de 4 a 11 años dibujos de muchachos y muchachas de dos tipos: unos con un solo índice (la cabeza, el cuerpo vestido, o desnudo), los otros con índices contradictorios. Cuando los cabellos o vestidos eran el único índice, casi todos los sujetos eran capaces de discriminar entre los dos sexos; era solamente a los 9 años cuando más de la mitad de los sujetos eran capaces de discriminar teniendo como base diferencias genitales. No obstante, según las pruebas con los índices contradictorios, sólo en el grupo de 11 años, más de la mitad de los sujetos parecían ser conscientes de que la diferencia genital es la característica dominante para distinguir muchachos y muchachas.

Es evidente que el conocimiento de los órganos sexuales es función de la propia o ajena percepción o de su manipulación. La función de los órganos es resultado de un conocimiento, y el valor que se les atribuye depende en gran medida del influjo del ambiente, fácil u obstaculizante; se modifica por una pronta fantasmización infantil. En la evolución infantil se plantean otros problemas de índole sexual. El niño que desconoce el mecanismo de la fecundación puede imaginársela de forma oral por ingestión o por el beso, o en forma de micción. Cuando el niño "lo" ha visto por primera vez y lo ha fantasmizado, lo considera como un acto agresivo, sádico por una parte, y por otra ve a uno que sufre la agresión del otro, pudiendo considerar la parte femenina como paciente, y al hombre, como resultado de su agresión, viéndolo devorado. El niño imagina el nacimiento por el ano, como la defecación, o bien por el ombligo. Vemos cuán ambiguos son los conocimientos sexuales y cuán llenos están de incertidumbres; cree saber o le gustaría saber, y si hace preguntas suele ser para confirmar su imaginada realidad o para tranquilizarse ante el temor de que sea como imagina. Ni los informes que se le dan ni los que espera serán asimilados ineludiblemente, cosa que depende del grado de sus convicciones, de si necesita o no mantenerse en ellas y de su miedo a no poder soportar una explicación. Según los niveles evolutivos y la organización personal del niño y sus relaciones con los padres, podrá trasponer la realidad, negarla o mitificarla,

máxime, siendo así que sus problemas no son fisiológicos y funcionales, sino también —como indicará S. Ferenczi— eróticos. El niño se preguntará si sus padres obtienen, del mismo modo que él, satisfacciones de su actividad sexual, tranquilizándose o sintiéndose culpable según las respuestas que le den o se dé a sí mismo, y afectado tanto por una respuesta confirmativa como negativa del placer que sus padres pueden experimentar.

II. — EVOLUCIÓN DE LAS MANIPULACIONES SEXUALES

Hasta que el psicoanálisis hizo su aparición, el problema de la manipulación sexual infantil se minimizaba. A raíz de los estudios de S. Freud, se ha dado el nombre de masturbación a determinados actos relacionados con el aparato genital y con diverso valor según la edad, y según se identifican a actos eróticos relativos a zonas erógenas no genitales pero que se consideran equivalentes a las zonas genitales.

Del actual estado de dichos estudios parece sacarse la conclusión de que antes del periodo del estadio fálico los órganos genitales son ya zonas erógenas, existiendo paralelamente un erotismo bucal o anal. S. Freud daba gran importancia a la masturbación del bebé: "el onanismo del bebé, al que prácticamente nadie escapa, prepara la posterior primacía de la zona erógena genital. Los actos que provocan la excitación y su satisfacción son el frotamiento con la ayuda de la mano, o los movimientos con que se aproximan los muslos (preparados por actos reflejos), actos especialmente frecuentes en las niñas". En el coloquio de 1912, en Viena, todos los psicoanalistas coincidieron en aceptar el carácter universal de la masturbación infantil, sin darle valor patológico.

Parece demostrado en la actualidad que antes del año puede haber en ambos sexos ciertos tipos de actividad que reciben el nombre de "juego genital" y que implican la manipulación de los órganos sexuales, balanceos, manipulación e ingestión de excrementos. Según R. Spitz y K. M. Wolff, las tres cosas tienen en común el ser actos rítmicos, estimulantes acompañados de una evidente satisfacción. M. I. Levine señala que en los seis primeros meses la exploración manual se limita a la cara; la hipertonia, la imposibilidad de flexionar el cuerpo alejan los órganos genitales del ámbito de exploración manual. Hacia los seis meses, cuando suele aparecer el balanceo, se suele dar un acunamiento semejante al balanceo de una barca, a veces con un ascensional movimiento rítmico de la pelvis. A partir del sexto mes es corriente tocarse los órganos genitales, que suelen manifestarse como exploración fortuita y no sostenida.

Por otra parte, tras los trabajos de H. M. Halverson, sabemos que la erección se observa con frecuencia a lo largo del primer año; difiere bastante en cada niño, tanto en frecuencia como en duración; puede producirse durante el día y en el sueño, y en ocasiones tras cada tetada. La erección va acompañada de agitación, enderezamiento, lloriqueos, acción de rascarse, de chuparse el dedo, de hiperactividad muscular, cual si se tratara de algo desagradable, y al deshincharse disminuye la tensión.

Indudablemente, tales erecciones o tactos genitales no tienen idéntico valor que en el adulto. Los tactos genitales pueden ser fortuitos, en "viajes de orientación" (R. Brun) sobre su propio cuerpo. Al tacto del pene por parte del recién nacido algunos lo denominan masturbación primaria. R. Cruchet prefiere llamarlo "peotilomanía"; otros, posteriormente, le han dado el nombre de "juego genital", aun cuando hay que preguntarse si es válida dicha denominación, dado que en estos casos los órganos genitales son objeto y no función. Por ello algunos prefieren hablar

de actividad autoerótica en su más amplio sentido. Pero aun así las cosas no están claras; Ed. Pichon cree que no se trata de autoerotismo, sino de hedonismo anorético. F. von Gagnon distingue dos tipos de masturbación infantil: la masturbación propia del juego, que por consiguiente no es una compulsión a la satisfacción, y a la masturbación con un sentido, expresión de un desafío ante los otros y ante sí mismo, que no tarda en producir sentimiento de angustia y de culpabilidad.

Casi todos los psicoanalistas consideran que hacia los 2 años se detiene la masturbación, cosa que coincide con la primacía del erotismo anal, para reproducirse nuevamente hacia los 3 o 4 años, con el inicio del estadio fálico. Durante el período de latencia, según A. Freud, disminuyen los intereses sexuales del niño. Mas, pasado ese período —como ha evidenciado el informe Kinsey— hay un progresivo aumento del índice de masturbación desde los 10 años, para elevarse hacia los 15 en el 80% de la población. El aumento de la masturbación parece mayor en los niños que en las niñas.

En una revisión de las investigaciones sobre la masturbación, R. R. Sears describe la recopilación de la literatura de R. R. Willoughby en la cual únicamente el 5% de hombres y 18% de mujeres recordaban haberse masturbado antes de la edad de 10 años; en otro estudio, D. M. Levi informaba que interrogadas las madres de 49 niños a este respecto, se halló que se habían observado manipulaciones genitales en 53% de niños antes de la edad de 3 años; R. R. Sears considera que los dos resultados concuerdan y dice que la masturbación había sido definida, sin duda alguna, diferentemente en los dos estudios y que parecía representar una actividad habitual en la primera.

Sobre 320 niños-problema enviados de una clínica pediátrica a la consulta psiquiátrica, M. Hushka indica que, según el informe de los padres, el 45% de los niños de 1 a 14 años se habían masturbado y que el 54% de este subgrupo se habían masturbado antes de la edad de 5 años; en el 73% de los niños, los padres habían abordado el problema de modo destructivo: amenazas directas, principalmente de orden físico, fueron las empleadas con más frecuencia, en particular amenazas de haberse dañado los órganos sexuales; M. Hushka observa que estas declaraciones están por debajo de la realidad, ya que comprenden únicamente los casos en que los padres no habían olvidado la masturbación de sus hijos y la manera de afrontarla, y en que se sentían lo bastante seguros como para poder decir lo que había pasado.

La actividad autoerótica y masturbatoria no se explica sino inmersa en el desarrollo de la personalidad que contribuyen a formar, personalidad que, a su vez, las modifica. Los cambios se producen no sólo en relación al acto como tal, sino en función del consiguiente placer y de la actitud ambiental, actitud provocada al revivir en el otro anteriores problemas reelaborados por la reorganización del adulto; lo cual supone que lo que el niño busca en su autoerotismo no sucede en el plano en que lo ve el adulto. El placer autoerótico, satisfacción y fascinación provocadas mediante diversas fuentes, es vivido y esperado no por su relación con objetos bien definidos, sino en relación con algo que hay que renovar. Posteriormente, mediante sistemas más concretos, los objetos del placer se localizarán, se valorarán y nombrarán con mayor facilidad. Pueden tener valor preobjetual y convertirse posteriormente en auténticas relaciones objetuales, relaciones libidinales entre la madre y el niño. Según R. Spitz, en el primer año la presencia de un "juego genital" es una covariante del cociente de desarrollo del niño, por una parte, y de la clase de relación existente entre la madre y el niño por otra. Caso de que las relaciones madre-hijo sean óptimas, el desarrollo en el primer año de vida superará la media en todos los terrenos y el juego genital estará presente en todo. Cuando son problemáticas las

relaciones entre madre y niño, será mucho más raro el juego genital y tenderán a reemplazarlo otros actos autoeróticos. Cuando no exista relación madre-niño se observará un descenso del desarrollo general por debajo de la media, y no se dará, en modo alguno, el juego genital. El autor señala que ya E. Simmel acepta que en la etapa en que el niño forma sus relaciones objetuales, la masturbación puede considerarse como un primer acto social, habida cuenta que, con ello, el niño se aleja del objeto que le decepciona, rechaza su amor y estimula sus reacciones agresivas y destructivas. El niño encuentra en su propio cuerpo una compensación sustitutiva, por ese traumatismo narcisista, al sustituir el objeto por su aparato genital, que es considerado como objeto y halla en sí mismo una forma de descarga para sus tendencias agresivas y eróticas dirigidas al objeto. De este modo el niño renuncia a la directa satisfacción instintiva originada por objetos reales, aun cuando mantiene una relación ideal con ellos mediante las fantasías de la masturbación.

Es evidente que la evolución de los diversos tipos de placer no se reduce a los actos autoeróticos o a la acción de masturbarse. Todos los psicoanalistas dan gran importancia a las fantasías de la masturbación, incluso hay quien admite que entre los dos y los cinco años los fantasmas masturbatorios son más importantes que el mismo placer físico. Según E. Kris, en el estadio fálico los fantasmas masturbatorios tienen por objeto el ansia de ser tocado o manipulado por la madre. Según M. Klein, dichos fantasmas son muy precoces y se forman en torno a un primitivo núcleo representado por los fantasmas sádicos de los padres. En su opinión, dichos fantasmas, que aparecerán posteriormente de manera especial en la fase del complejo de Edipo, comportan, por supuesto, unos sentimientos de culpabilidad, primera consecuencia del complejo de culpabilidad que va ligado al complejo de Edipo. El sentimiento de culpabilidad, a la sazón unido a las pulsiones sádicas para con los padres, se traspone del contenido del fantasma a la masturbación en sí. De todos modos, aparte del placer que puede producir, la masturbación siempre está inmersa en el problema de los fantasmas subyacentes y en la ansiedad y culpabilidad manifiesta. En el marco del complejo de Edipo, del interés narcisista por el pene, de la amenaza y del temor a la castración, se organizará la actividad o la fantasmática masturbatoria.

Numerosos autores admiten que el período de latencia con su condicionada disminución de las fuerzas de los instintos, le da al Yo un respiro en su combate defensivo, a partir de lo cual se produce un relativo aminoramiento de los intereses sexuales infantiles. No obstante, hay quien piensa que en este período se da una mayor acentuación en lo no sexual, antes que una clara disminución de los intereses sexuales subyacentes.

A propósito de la masturbación en la pubertad, M. Balint cree que apenas hay dos seres humanos que hallen su satisfacción del mismo modo, aun cuando la acción de masturbarse parezca tan semejante. Un mismo acto puede significar algo radicalmente diferente en una persona y en otra. A la masturbación del adolescente le da el nombre de acción todavía autoerótica en su realización, pero ya objetivamente orientada por los fantasmas que la acompañan.

Según F. von Gagnon, cabe distinguir esencialmente dos tipos de masturbación en la adolescencia: la "Not-Onanie", por una parte, y el "Onanismus" por otra. En la "Not-Onanie", se siente capaz de establecer relaciones sociales válidas, no tienen dificultades comunicativas ni aparece carácter neurótico alguno. En el plano de la masturbación, la elaboración de un fantasma se producirá en el sentido de representaciones heterosexuales: el adolescente buscará, presentirá o se imaginará a la persona amada. Más que resultado de una búsqueda de placer, la masturbación viene

dada por un conjunto de circunstancias externas. Frente al "Not-Onanie", el "Onanismus" responde a una clara incapacidad de establecer auténticas relaciones sociales. Siente gran dificultad para comunicarse y presenta un conjunto de rasgos neuróticos. Los fantasmas masturbatorios apenas hacen entrar en acción a los demás, tienden a centrarse en sí mismos. Paulatinamente, el alerotismo propio de los fantasmas de la masturbación normal tiende a ceder ante una creciente preocupación por sí mismo evidenciada por la masturbación. Mas, como señala A. Alsteens, en la adolescencia es difícil distinguir entre las dos orientaciones del hábito de la masturbación. Entre el paso de la actitud autoerótica y la actitud objetal, la masturbación halla su último significado en relación con las especiales vivencias de la adolescencia: fantasmas, culpabilidad y hondos sentimientos sostienen y acompañan a la masturbación, haciendo pensar en la plena situación afectiva y sexual característica de una fase del crecimiento regular a un tiempo.

El problema de la masturbación se plantea de diverso modo en la niña que en el niño. Como señala P. Blos, el que la excitación sexual masculina lleve a una erección y a una posterior eyaculación manifiesta innegablemente la relación entre estímulo y reacción genital, mientras que en la hembra la masturbación no va seguida de idéntico cambio visible. Por lo demás, la narcisista complacencia y la vanidad corporal, la exhibición de determinadas zonas corporales, como es el pecho, consentida por la sociedad, son también narcisistas y exhibicionistas maneras de satisfacerse que contribuyen a hacer esperar a la muchacha el momento de abandonarse al amor sexual.

H. Deutsch ha valorado la relación entre masturbación y aparición de las primeras reglas. Serán diversas las reacciones si la muchacha se masturba en el momento en que se inicia su menstruación, si ha dejado de hacerlo por un sentimiento de culpabilidad o está pugnando por liberarse. La menstruación puede impulsar a la muchacha a dejar de masturbarse o, a la inversa, incitarla todavía más. En tal caso, la angustia y el sentimiento de culpabilidad relacionarán a las reglas con ideas de crueldad, de dolor y de castigo, y se desencadenarán antiguas reacciones infantiles referentes al problema sexual y las diferencias anatómicas.

Muchas veces se ha mencionado el carácter nocivo de la masturbación, especialmente por razones morales y religiosas. En el siglo XVIII, S. A. Tissot describió los nefastos y malsanos efectos producidos por dicho hábito. Si con frecuencia son los adultos quienes acusan a los niños por presentar trastornos subsiguientes a la masturbación, otras veces son los mismos neuróticos quienes ven en la masturbación el origen de sus pesares. S. Freud señala que en cierto modo y hasta cierto punto tienen razón. Existe una relación entre sus males y la masturbación, mas si ésta aparece como algo patológico es por los conflictos con los que se la suele relacionar. El problema de su nocividad, ya abordado en el coloquio de 1912, posteriormente ha dado ocasión a numerosas discusiones, de que da cuenta el trabajo de A. Alsteens. Se ha insistido en la problemática nocividad de la masturbación, como causa de posibles frustraciones y de ansiedad, que puede volver problemática la normal tendencia amorosa al hacer peligrar la necesaria elección de objeto (V. Tausk). El adolescente puede encontrar en la masturbación la solución a algunos estados tensionales o el consuelo frente a ciertas dificultades, lo que puede llevarle a organizarse compulsiva o narcisísticamente. En opinión de P. Blos, la masturbación adquiere carácter patológico siempre que consolide regresivamente fijaciones infantiles; cuando adquieran carácter compulsivo se tornará perjudicial para el desarrollo; "en una persona excesivamente dependiente del acto en cuestión, la libido objetal puede encontrar dificultades para tornarse hacia el exterior, y en este caso el órgano genital adquiere el carácter de un casi objeto". Como dice el mismo autor, "cuando se da la

masturbación en tanto que función puramente regresiva, como en los casos en que sirve para eludir la adaptación aloplástica, que es parte del descubrimiento del objeto, tratase de un giro de su función apropiada en la etapa de la adolescencia". Si bien la masturbación suele presentarse con carácter defensivo, con frecuencia se produce a un tiempo el temor inconsciente de perjudicar el aparato genital. De suerte que no cabe separar el problema de la angustia, de la culpabilidad y del miedo de la dinámica de la masturbación. La angustia que acompaña a la masturbación en la pubertad parece ligada a fantasmas edipianos, lo que explica que sea tan fuerte la lucha contra la masturbación. Según J. Rouart, el resultado de esta lucha es variable. En algunos casos hay una disociación entre acción de masturbarse y las ideaciones fantasmáticas, solución neurótica que especialmente aparece en las formas obsesivas. Pueden reprimirse fuertemente los fantasmas y proseguir la masturbación o, a la inversa, el renunciar a la masturbación puede coincidir con la afloración de fantasmas. Dicha disociación suele ir precedida de una fase en que los fantasmas de la masturbación afectan a objetos anónimos o vagos. Con frecuencia se reprimen los fantasmas, pero se hacen manifiestos en síntomas histéricos, fundamentalmente en la mujer. No cabe pensar en el perjuicio o no de la masturbación al margen de un contexto en desarrollo, y del desarrollo de lo psicosexual. Como dijera S. Freud, ya en 1909: "La masturbación se transforma en un problema insoluble si, por pretender tratarla como unidad clínica, olvidamos que puede ser la descarga de un componente sexual cualquiera y de cualquier tipo de fantasmas a que den origen sus componentes".

II. — ALTERACIONES PSICOSEXUALES EN EL NIÑO

Estudiaremos seguidamente las relaciones entre psiquismo y sexualidad desde un punto de vista patológico. Dado que tratamos psiquiatría infantil, tomaremos por base estudios realizados con el niño, y en algunos casos estudiaremos la infancia de adultos con perversiones sexuales.

Nuestro estudio se fijará en dos tipos de hechos:

- Los cambios sexuales organofuncionales y sus correspondientes alteraciones psicológicas infantiles.
- Las desviaciones de orientación sexual en el niño.

A. — MODIFICACIONES SEXUALES ORGANOFUNCIONALES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Estudiaremos dos tipos: uno que corresponde a una modificación que pudiéramos llamar cuantitativa y otro correspondiente a cambios malformativos.

I. — PUBERTAD PRECOZ

1.º Patogenia

El término "pubertad precoz" se reserva para la pubertad anterior a los 8 años en la niña y a los 9-10 en el niño. El diagnóstico diferencial se establecerá entre pubertad precoz "auténtica",

todavía denominada "hipotalámica" —no diferente de la pubertad normal sino por la edad en que sobreviene y cuyo estímulo probablemente se origina en el centro controlador de la pubertad situado en el sistema nervioso central—, y la "falsa" pubertad precoz, o estados que imitan parcial o totalmente los cambios endocrinos de la pubertad.

En el varón, en la auténtica pubertad precoz, el estudio clínico muestra un desarrollo simultáneo de la verga y de los testículos; las dosificaciones endocrinas hacen aparecer una excreción de FSH, ligeramente alta, un moderado aumento de los 17-cetosteroides; la biopsia testicular señala un aumento paralelo de las células de Leydig y de la descendencia seminal. La falsa pubertad precoz del varón puede tener su origen en un tumor testicular, claramente perceptible, mientras que el otro testículo tendrá un desarrollo infantil. El índice de FSH es nulo y los 17-cetosteroides superan la media normal prepuberal; no madura la descendencia seminal. Más frecuente es que la falsa pubertad precoz sea de origen suprarrenal: en general, contrastan unos testículos pequeños con un pene de gran tamaño; a veces puede inducir a error el tejido suprarrenal intratesticular, no permitiendo la ausencia de FSH, suprimir rigurosamente la precoz pubertad "hipotalámica". Los 17-cetosteroides aumentan claramente en los tumores suprarrenales, pero también cabe la posibilidad de una hiperplasia suprarrenal congénita (pregnantriol urinario y test de supresión de cortisona). En este caso, la excesiva producción de hormonas masculinizantes, procedentes de la corteza suprarrenal que funciona anormalmente, puede regularizarse mediante un tratamiento de cortisona, pero cuando dicho tratamiento no se comienza desde edad muy temprana la aceleración de la maduración iniciada bajo el influjo de los andrógenos suprarrenales continuará bajo el influjo de andrógenos testiculares; la pubertad precoz se mantendrá.

En la niña suele ser más difícil distinguir una auténtica pubertad precoz. Se ha de buscar la falta de signos virilizadores —que se dan en falsas pubertades precoces de origen suprarrenal— y la falta de tumor ovárico mediante la palpación rectoabdominal. Los 17-cetosteroides aumentan moderadamente, al igual que suele hacerlo la FSH. La acción del estrógeno puesta de manifiesto por el frotis vaginal permitirá eliminar un aislado desarrollo prematuro de los senos o del vello púbico. La anamnesis puede eliminar cualquier exposición a los estrógenos.

En ambos sexos un índice alto de hormonas foliculoestimulantes gonadotropas hará pensar en un tumor gonadotroposecretante: un corioepitelioma, un teratoma o un hepatoma.

Si puede darse por seguro una auténtica pubertad precoz, interesa saber si se trata de una forma idiopática o del síntoma de una lesión del sistema nervioso central; también puede ser indicio de un síndrome de Albright. La afección del sistema nervioso central puede ser una hidrocefalia, la consecuencia de una encefalitis o meningitis, pero especialmente un tumor cerebral, que en general será del tercer ventrículo o de la región pineal. Casi siempre que se señala un tumor cerebral el paciente es un muchacho; dado que el tipo idiopático de pubertad precoz es relativamente raro en los muchachos, se impone un estudio neumoencefalográfico o una angiografía cerebral, cuando la precocidad sexual no se explica por un proceso evidente, como es cuando hay un tumor gonádico o una displasia fibrosa de los huesos.

En una estadística de L. Wilkins, de 645 casos estudiados habían 109 falsas pubertades precoces (10 de los testículos, 71 ováricas, 28 suprarrenales) y 536 casos de auténtica pubertad precoz con 137 casos de lesiones del sistema nervioso central.

2.º Alteraciones psicológicas en la pubertad precoz

Por la frecuencia de tumores cerebrales como origen de la pubertad precoz en varones, conviene distinguir lo propio del tumor cerebral y lo típico de la precocidad puberal.

J. Money ha estudiado profundamente la psicología de los casos de pubertad precoz, excluyendo los casos de tumores cerebrales, las lesiones del S. N. C. o los casos con múltiples defectos congénitos.

En todo caso, hemos de preguntarnos si se da una precocidad del instinto sexual al tiempo que se da el pronto desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En

opinión de M. Bleuler, hay diferencias según los casos. Se da una precocidad del instinto sexual paralela a la maduración sexual somática; o, no obstante la temprana maduración somática, el instinto sexual no se manifiesta antes de la edad normal de la pubertad, o puede haber igualmente una madurez psicosexual tardía o bien ser inexistente en absoluto. En muchos casos de la literatura hallamos erección, eyaculación y masturbación. En tres casos observados con tumores del tercer ventrículo comprobamos tendencias heterosexuales: a los 10 años en el caso de Frazier, a los 4 años y medio en el caso de H. S. le Marquand y D. S. Russell, y a los 10 igualmente en el caso de Ford (tentativa sexual con la nodriza).

J. Money y D. Alexander estudian longitudinalmente el desarrollo psicosexual de 4 muchachos de precocidad sexual idiopática y de otros 14 con una precocidad subsiguiente a una hiperplasia suprarrenal virilizante, tratados con cortisona pero estando precozmente desarrollados. Recibieron una información sexual rápida y completa. Mientras que no tardaban en darse erección y eyaculación —relaciones con imágenes visuales, con la percepción visual y táctil—, el temprano influjo de los andrógenos sobre la imagen erótica —en sueños y ensoñaciones— y en la práctica erótica (juegos sexuales infantiles, masturbación) inicialmente era más bien cuantitativa. La imaginación erótica y su comportamiento, aunque avanzados con respecto a muchachos de desarrollo no precoz, estaba más en relación con su edad social —con un adelanto de uno a tres años— y a su conocimiento que con su precocidad puberal. Su desarrollo psicosexual seguía las etapas del de los muchachos no precoces, incluida una "fase de latencia"; los sentimientos amorosos aparecían un poco antes de lo normal. Antes de los 18 años, sólo uno —de catorce años y medio— había tenido relaciones sexuales. Los autores insisten, por otra parte, en la absoluta falta de homosexualidad en el juego, en que las imaginaciones y experiencia sexuales del grupo y en su orientación heterosexual son rigurosamente normales.

Su nivel intelectual es según los autores, bajo, normal o superior. Hay quien considera que dichos muchachos poseen unos niveles intelectuales excepcionales, mientras que para otros, sus logros escolares responden a su edad real. En una estadística con 27 muchachas y 8 muchachos de pubertad precoz idiopática, J. Money y T. Meredith hallan grandes diferencias individuales, pero siempre un elevado porcentaje de C. I. alto o muy alto. Cabe suponer que un continuo efecto hormonal sobre el sistema nervioso simultáneo a la inducción hormonal actuante en la precocidad sexual sería la explicación del fuerte porcentaje de C. I. alto, pero es algo que no puede comprobarse. En su opinión, la precocidad sexual tiene importancia en cuanto que concede a los muchachos una ventaja en el plano social y les permite una camaradería con personas mayores que ellos, favoreciendo el desarrollo de su inteligencia, especialmente su C. I. verbal. Ésta es una superioridad que, una vez adquirida, se mantiene en la edad adulta. En algunos casos (W. Lutz y A. Mayer) puede evolucionarse —tras la inicial aceleración— hacia fases regresivas o normales motivadas por factores somáticos (menstruación) o por factores ambientales.

Al mismo tiempo que estudiaban la pubertad precoz idiopática, J. Money y cols., vieron casos de hiperplasia suprarrenal congénita, que también es causa de una temprana madurez somática —siempre de tipo virilizador—, y observaron que, en general, tienen también un C. I. alto, tanto si su precoz desarrollo ha seguido adelante tras la pubertad como si se frenó por tratamiento de cortisona. Tales factores hacen pensar a J. Money y cols., —al pretender explicar la tendencia a un elevado grado de inteligencia en dichos grupos— en un factor genético o en un factor hormonal prenatal o neonatal. A favor del último factor aducen haber hallado idéntica tendencia a tener un alto nivel intelectual en niñas genitualmente masculinizadas cuyas madres tomaron progestativos de síntesis por peligro de aborto (Ehrhardt y J. Money).

Para H. Stutte hay diferencias de tipo etiológico. Si hay lesiones cerebrales se da una deficiencia intelectual; en hipertrofia testicular, suele darse también un retraso mental y casi siempre, aunque el origen sea otro, una precocidad psíquica o un desarrollo psíquico propio de la edad.

No es exactamente así, ya que se han observado lesiones del tercer ventrículo que van acompañadas de precocidad intelectual (casos de G. Horrax y C. C. Bailey, Wieland, H. Schmid, Heilman y Rickart, L. von Frankl-Hochwart). En dos casos de tumor del tercer ventrículo que personalmente estudiamos junto con M. David y A. Bonis, el psiquismo de uno de los sujetos era normal, mientras que en el otro caso había una precocidad intelectual (el niño era el primero de su clase).

Algunos autores describen ciertos trastornos del comportamiento específicamente propios de esta anomalía: enorme interés intelectual, distimia disfórica o tendencia al aislamiento. Uno de nuestros casos de tumor del tercer ventrículo era el de un niño que siempre había sido muy comedido y "un poco niña", comportamiento que no cambió al aparecer el síntoma; otro caso que —y puede coincidir con el aumento del síndrome— manifestó un cambio de carácter: el niño se tornó irritable, nervioso; anteriormente siempre había sido calmado; todo ello, consecuencia más del tumor que del cambio sexual. En su grupo de muchachos con pubertad precoz sin lesiones cerebrales, J. Money y D. Alexander hacen ver que en la infancia de algunos también se dan periodos difíciles por sus violentas explosiones de cólera; ahora bien, casos de ataques agresivos son poco frecuentes en la totalidad de los pacientes.

El desarrollo afectivo suele ser normal, aun cuando los muchachos tal vez ansien dar salida a su exceso de energía; tanto chicas como chicos pueden verse influidos por los temores paternos ante el anormal desarrollo y las consecuencias sexuales a que pudiera dar origen. El precoz crecimiento físico y de estatura plantea otros problemas: como indican J. Money y D. Alexander, la edad física siempre actúa sobre la edad temporal en forma de respuestas a las preguntas que planteará el niño precozmente desarrollado; y si se comporta según su edad cronológica, se tenderá a considerarlo como un retrasado mental. Por otra parte, le es difícil tener un puesto con los otros niños —demasiado mayor para los de su edad y no suficientemente maduro en cuanto a capacidad y experiencia social en relación con los de su estatura—. Según E. Thamdrup, las dificultades afectivas disminuirán al iniciar la pubertad los restantes niños de su edad, en que las diferencias físicas serán menos notables. Al poco, sus compañeros le superan en estatura y se le hace difícil aceptar una estatura muy pequeña definitiva (J. Money y D. Alexander).

Advertimos que hay evidentes cambios de tipo psiquiátrico en algunos casos (S. Constatinescu y otros, H. S. le Marquand y D. S. Russell, O. Gagel y Mahoney, Stotin y W. J. H. Nauta). Es una agitación, a veces de tipo maniaco pero que obedece más bien a la acción del tumor sobre el tercer ventrículo que a la anomalía de orden sexual.

II. — EL INFANTILISMO SEXUAL

El término "infantilismo" lo usó en 1864 E. Lassègue para señalar en el adulto la persistencia de particularidades físicas y mentales propias del niño. Es la patológica persistencia de caracteres infantiles, a una edad en que la fisiología infantil es algo ya sobrepasado. Podemos hablar de infantilismo cuando una persona —en la pubertad o posteriormente— presenta a un tiempo un retraso en su madurez somática, sexual y psíquica. Clásicamente se distingue entre un infantilismo tiroideo, hipofisario, genital

y diencefálico. En el tiroideo, los órganos genitales están menos desarrollados de lo normal y la psique está muy retrasada. Hay formas de infantilismo hipogonádico, como el eunucoide gonadotropo, unido a una debilidad mental. En un grupo de enanismo hipofisario, J. Money señala una distribución del C. I. próxima a la proporción normal. En otras formas, únicamente hay una inmadurez de la personalidad.

El síndrome de Morsier-Kallmann, que se caracteriza por un hipogonadismo asociado a una anosmia (displasia olfatoratoria) puede acompañarse de malformaciones; la debilidad no es rara.

En algunos casos, los tratamientos hormonales pueden alterar la inmadurez psicológica; con razón dice H. Bleuler que la mejoría somática producida por el tratamiento endocrino de un niño puede ser psicológicamente tomada de manera muy diversa y tener también distintos significados. Bajo el título de *Psicopatología sexual en hipogonádicos*, H. J. Baker y R. J. Stoller (1968) reunieron cierto número de observaciones personales o de la literatura en que un hipogonadismo de diversa etiología —síndrome de Klinefelter, insuficiencia testicular de etiología desconocida, hipopofisismo congénito con hipogonadismo secundario— se asocia a alteraciones de tipo transvestista, transexualismo, exhibicionismo, homosexualidad y pedofilia que, ocasionalmente, coincidirán con determinadas actitudes asociales.

III. — ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL DESARROLLO SEXUAL

Los síndromes de dismorfia sexual o de intersexualidad somática abarcan ambigüedades de los órganos genitales externos, discordancias entre los diversos elementos que definen el sexo, o síndromes que comprenden uno y otro criterio. La mayoría de dichos casos caen dentro del pseudohermafroditismo (véase tabla I, pág. 380).

Antes de pasar al estudio de los problemas psicológicos de dichos pacientes y su orientación sexual quisiéramos exponer en breves líneas las características clínicas de los síndromes más frecuentes.

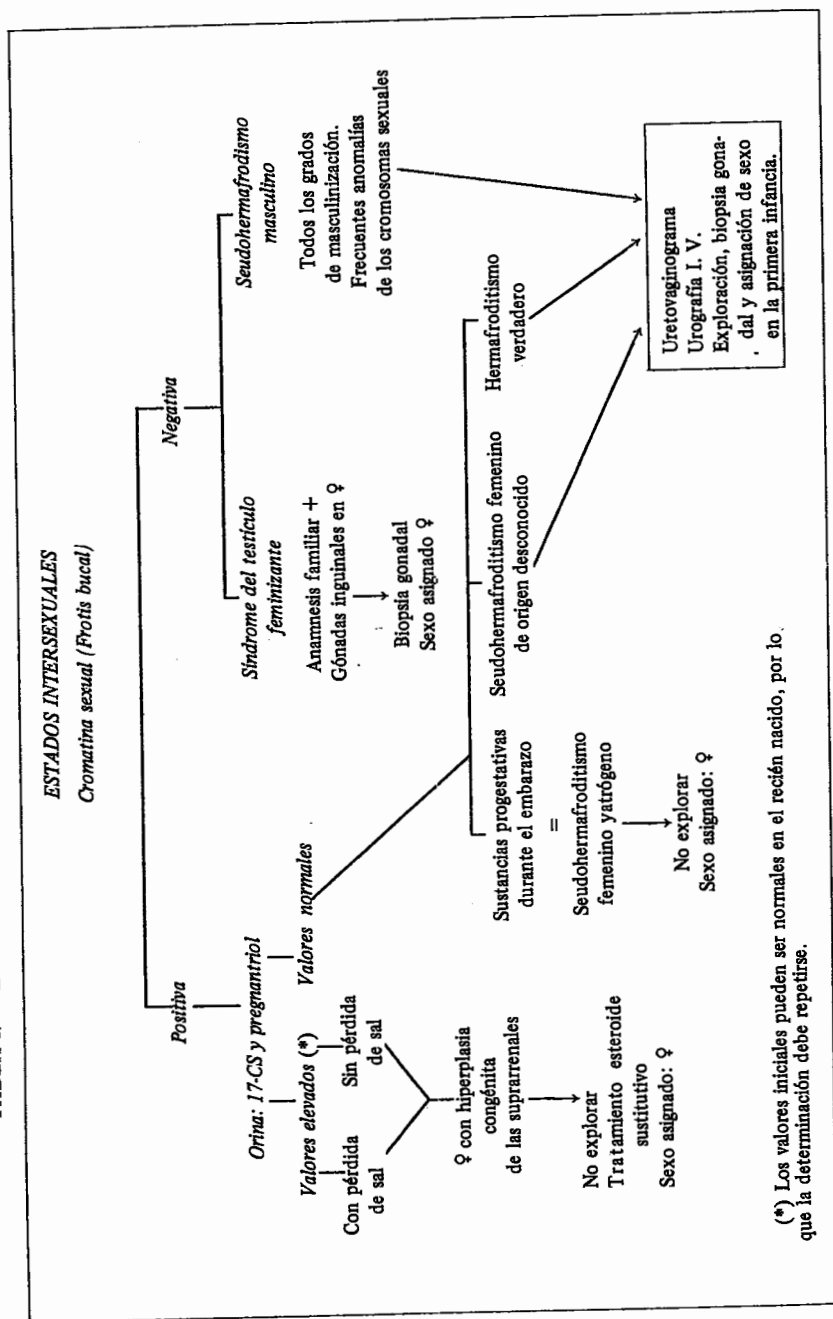
1.º Patogenia

a) El síndrome de Turner. — Es un síndrome de agenesia ovárica o disgenesia gonádica. Se caracteriza por su apariencia femenina, por la pequeña estatura y múltiples anomalías somáticas, la más característica de las cuales es el *Pterygium colli* (cuello palmeado). Se advierte la falta de caracteres sexuales en la pubertad: falta de reglas, órganos genitales externos totalmente inmaduros (no estrogenizados), falta de desarrollo mamario, pilosidad del pubis tardía y clareada. Los exámenes complementarios nos señalan:

- un tipo cromatínico negativo en un 80% de casos, correspondiente no a un sexo cromosómico masculino sino a un complemento sexual aberrante, X (fórmula 45, X);
- superproducción de FSH, consecuencia de la agenesia gonádica;
- en la laparotomía, un útero infantil y gónadas reducidas a pequeñas crestas de estroma de tipo ovárico sin folículos primordiales.

Se han señalado casos de individuos de fenotipos masculinos con algunos de los rasgos distintivos del síndrome de Turner. Hay también hipogonadismo —y en tal caso, con anorquia o testículos atróficos y criptorquidia—. El cariotipo comprende, en general, un complemento cromosómico sexual masculino normal, XY.

b) El síndrome de Klinefelter. — Se discute en el individuo de fenotipo masculino que, en la adolescencia o la edad adulta, presenta una sintomatología caracterizada por una ginecomastia más o menos importante y signos de hipoandrogenismo: morfología más o menos eunucoide y tes-

TABLA I. — Los estados intersexuales. P. E. Ferrier. *Médecine et Hygiène*, 1970, 934, 1519.

ticulos en posición normal, aunque pequeños, duros e insensibles. Los exámenes complementarios señalan:

- una cromatina sexual positiva, que corresponde a una aberración cromosómica sexual, XXY, por consiguiente, a un sexo cromosómico masculino (fórmula 47, XXY);
- una considerable elevación del índice de FSH, una vez pasados los 12 años;
- una azoospermia;
- una atrofia e hialinización de los conductos seminíferos y células de Leydig intactas en el examen histológico.

En el niño prepuberal, puede establecerse un diagnóstico demostrándose una cromatina sexual positiva en un niño de fenotipo masculino. Se ha hecho en grupos de niños retrasados (1% de la población frente a un 2‰ en recién nacidos varones sistemáticamente sometidos a un test), o por asociación (cosa inhabitual) con otras anomalías congénitas, como son el hipospadias y la criptorquidia.

Una forma de hipogonadismo masculino en relación con el síndrome de Klinefelter ha aparecido a consecuencia de estudios sistemáticos en los institutos para retrasados mentales y en niños con múltiples malformaciones. Es el síndrome de los múltiples X-Y (XXXY, en general).

c) **Criptorquidia.** — Es una anomalía bastante frecuente, aun contando con que se suele corregir por sí sola en el primer año (un 0,8% a finales del primer año). Al margen de consideraciones psicológicas, con objeto de aplicar un tratamiento quirúrgico precoz se han defendido los siguientes argumentos: los testículos ectópicos sufren cambios degenerativos que llevan a la esterilidad una vez pasados los cinco años, según ciertos autores, y tras la pubertad, en opinión de otros; en los testículos es mucho más frecuente una degeneración maligna; la criptorquidia va acompañada casi siempre de una hernia.

La criptorquidia suele ser un componente de síndromes por malformaciones múltiples. También puede ser el signo de una anormal diferenciación sexual: un escroto vacío, con órganos genitales masculinos aparentemente normales, y quizá la única manifestación inicial de una hiperplasia suprarrenal congénita en una muchacha en el último grado de pseudohermafroditismo. El diagnóstico suele ser dudoso por darse, además, la presencia de un hipospadias. La criptorquidia tiene una incidencia relativamente alta en pacientes con un síndrome de Klinefelter o un síndrome XXXY.

d) **Hermaphroditismo "verdadero".** — Es muy raro y responde a la diferenciación gonádica incompleta que lleva a la presencia en un mismo individuo de ovotestis bilaterales, o bien de un testículo a un lado y un ovario al otro, o de una gónada bivalente por un lado y un ovario o un testículo por el otro. El tracto genital de cada lado está, por regla general, en conformidad con el sexo de la gónada asociada. Los órganos genitales externos son ambiguos. El desarrollo masculino o femenino de los caracteres sexuales secundarios no es previsible por el aspecto de los órganos genitales externos. Estas personas son estériles. Los estudios citogenéticos dan cuenta de que la mayoría de auténticos hermafroditas poseen un complemento cromosómico sexual femenino XX, y que algunos poseen una aberración cromosómica sexual. Tal vez en el auténtico hermafroditismo sea común un mosaico tipo XY/XX o XY/XO, aunque frecuentemente no se detecte. Los caracteres morfológicos predominantes suelen ser de tipo masculino, al revés que en el sexo cromosómico; lo cual explica el predominio del sexo educativo masculino.

e) **Seudohermafroditismo masculino.** — Su delimitación varía según los autores. Con la mayor frecuencia se define por la naturaleza testicular de las gónadas, con órganos genitales externos y/o internos ambiguos o femeninos. En un intento de clasificación a partir de criterios biológicos y patogénicos, L. David (1970) distingue:

— **PHM por insuficiencia de la función secretoria testicular:** la ambigüedad sexual se explica por una insuficiencia de secreción de uno o de los dos testículos fetales en el curso del período de diferenciación de los conductos genitales y del seno urogenital.

Este grupo comprende: PHM disgenético —los dos testículos son disgenéticos; PHM anorquideo— los testículos están ausentes pero han existido durante el período fetal (probablemente es la forma extrema del precedente); disgenesia gonádica mixta, caracterizada por la coexistencia de un

testículo más o menos disgenético y una pequeña banda gonádica, con neta preponderancia de los cariotipos 45 X/46 XY, y a menudo anomalías somáticas turnerianas.

Varios autores han comparado del PHM disgenético y del PHM anorquideo, la displasia gonádica pura de cariotipo 46 XY que caracteriza a los individuos perfectamente femeninos, sin anomalías de Turner, cuyas gónadas están reemplazadas por pequeñas bandas fibrosas, que sería una forma extremadamente precoz de anorquidia; estas tres afecciones tendrían una relación genética, como lo sugiere las observaciones de los familiares.

—*PHM por déficit enzimático testicular*: diversos déficits enzimáticos pueden interrumpir la vía de síntesis de la testosterona, impidiendo de este modo la diferenciación del seno urogenital en el período normal. A veces, la síntesis de los esteroides suprarrenales está también afectada y las suprarrenales muestran hiperplasia. La ambigüedad de los órganos genitales externos es más o menos importante, los órganos genitales internos están normalmente diferenciados, antes de la pubertad los testículos son histológicamente normales, la receptividad hística a los andrógenos es normal.

—*PHM por defecto de la receptividad hística a los andrógenos*: se trata principalmente del *síndrome de feminización testicular* o *síndrome de los testículos feminizantes* que, bajo su forma completa, se traduce por un fenotipo perfectamente femenino en sujetos con cariotipo 46 XY portadores de testículos. Los órganos genitales externos tienen una morfología femenina normal, pero con vagina habitualmente estrecha y corta. Los senos se desarrollan en la pubertad, pero la pilosidad no existe o es muy discreta.

No hay órganos genitales internos femeninos, sino, con la mayor frecuencia, derivados wolffianos hipoplásicos. Los testículos están en la posición de ovario o inguinal, de aspecto histológico normal antes de la pubertad. La secreción hormonal es normal. La afección se transmite por la madre, sea de modo recesivo ligado al sexo, o dominante autosómico limitado al sexo.

El síndrome de feminización testicular incompleto constituye una variante atenuada de la forma precedente; los órganos genitales externos presentan grados variables de masculinización; la feminización en la pubertad es menos perfecta.

—*PHM malformativo*: con un cariotipo normal, histología testicular normal, espermatogénesis activa, secreción androgénica normal, sin trastornos de la receptividad a los andrógenos, no obstante existe una ambigüedad de los órganos genitales externos, con malformaciones asociadas, lo más frecuente urinarias, a veces difusas, que forman parte de los síndromes malformativos.

—*PHM idiopático*: constituye un grupo de espera de los casos que no se incluyen en las categorías precedentes.

f) *El pseudohermafroditismo femenino*. — Se trata de sujetos provistos de gónadas femeninas, lo más frecuente funcionales, cuyo sexo cromosómico y los órganos genitales internos son generalmente femeninos, pero cuyos órganos genitales externos han sufrido una masculinización más o menos importante en el curso de la vida fetal.

—*Hiperplasia congénita de las suprarrenales*, la causa más frecuente es una afección recesiva autosómica caracterizada por un déficit enzimático en la síntesis del cortisol. Entre los precursores del cortisol algunos han sido transformados en andrógenos, de ahí la masculinización del feto femenino, limitado a los órganos genitales externos. Desde el punto de vista bioquímico, se observa una eliminación excesiva de 17-cetosteroides y de otros esteroides anormales. Varios déficits enzimáticos pueden estar en juego, de los cuales algunos van acompañados de un grave síndrome de pérdida de sal. La acción virilizante de la suprarrenal continúa después del nacimiento, implica una virilización progresiva y una aceleración del crecimiento y de la osificación. El tratamiento corticoide hace regresar la virilización posnatal y permite enlentecer la maduración ósea; la anomalía de los órganos genitales externos se corrige con cirugía plástica.

—*Pseudohermafroditismo femenino yatrógeno*: En casos poco frecuentes, la administración de testosterona o de hormonas progestativas al comienzo del embarazo pueden dar lugar a una masculinización parcial de los órganos genitales externos del feto.

—Las otras formas, acompañadas o no de otras malformaciones, son poco frecuentes.

En la tabla de P. E. Ferrier se encontrará la conducta a seguir ante un recién nacido que presenta un estado intersexual.

2.º Trastornos psicológicos en anomalías congénitas del desarrollo sexual

Síndrome de Klinefelter. — En la monografía de J. Nielsen (1969), en la de W. Zublin (1969) y en la tesis de C. G. Carrier (1970) se encontrará un estudio del síndrome en el adolescente y en el adulto así como una revisión de la literatura.

J. Nielsen (1970), que ha examinado niños antes de los 16 años, subraya que antes de la pubertad el diagnóstico es difícil, pero hay que considerarlo en algunos muchachos que tienen trastornos del comportamiento ya que el riesgo de aparición de trastornos psiquiátricos es más elevado que en los no seleccionados. Estos muchachos parecen ser muy fáciles, tranquilos, pasivos durante el primer año de vida. No parecen desarrollar un período real de desafío, continúan siendo comparativamente fáciles, débiles, pasivos, tranquilos, con dificultades de contacto con sus padres, sus hermanos y hermanas y con los otros niños. Los trastornos de comportamiento pueden iniciarse hacia los 4-5 años, o cuando comienzan a ir a la escuela y separarse de su madre. Los tests psicológicos revelan dificultades para construir la estructura de su Yo; continúan inmaduros y dependientes con mecanismos de defensa débiles contra sus pulsiones. Los tests de inteligencia muestran una dispersión pronunciada con los tests de rendimiento mejores que los verbales. Frecuentemente sus madres son hiperprotectoras y ansiosas; esto podría ser, en cierta medida, consecuencia de la inmadurez, debilidad y dependencia de sus hijos.

Síndrome de Turner. — Los C. I. de los pacientes que padecen síndrome de Turner se reparten según una curva ligeramente inferior, para algunos autores o parecida, según J. Money, a la de la población general, mientras que en el caso de un Turner masculino, los autores han revelado un mayor número de niveles bajos. J. Money y D. Granoff, en un trabajo sobre 46 casos, no revelan correlaciones entre los C. I. de estos pacientes y las malformaciones físicas asociadas; algunos, mentalmente deficientes, están exentos de estigmas físicos, mientras que otros cuyo C. I. es superior, padecen una o varias malformaciones. Tampoco se hallan diferencias según que la aberración gonosómica comporte la pérdida de la totalidad o de una parte del cromosoma X (L. Moor, D. C. Garron y cols., 1969).

Según el análisis de las observaciones publicadas, L. Moor (1972) concluye que los trastornos mentales específicos no forman parte del síndrome de Turner.

Pero se describe a estos pacientes como inmaduros, sensibles, pasivos. Ellas son vulnerables, de ahí las posibilidades de descompensación de órdenes diversos y deben ser ayudadas en el momento en que se desvele su anomalía, su esterilidad y cuando se instaure un ciclo artificial.

Síndrome triple X. — Según el análisis de los casos publicados, L. Moor (1972) indica que este síndrome comprende una frecuencia mayor de retraso y enfermedades mentales que la población general.

Criptorquidia. — Padres y niños dan gran importancia al desarrollo de testículos y escroto, a su papel en el desarrollo afectivo y, especialmente, en cuanto atañe a la identificación sexual (A. Bell). Al igual que P. Blos, L. Cytryn y otros se han dedicado a estudiar la adaptación afectiva sobre la base de una observación de 19 muchachos

examinados antes de operar y de otros 8 ya operados. En su opinión, la criptorquidia se verá afectada por perturbaciones afectivas con mayor frecuencia que el individuo medio (ansiedad, agitación, inmadurez), que pueden transformarse en alteraciones de mayor complejidad (depresión, pasividad, confusión en cuanto al esquema corporal y dificultades de identificación sexual). Tales trastornos pueden aumentar al proyectarse la ansiedad de los padres, por su compasión, su rechazo o su sobreprotección. La operación puede convertirse en un activador del miedo. Los casos de criptorquidia con hipospadias, posible expresión de una intersexualidad, plantean todos los problemas propios de la ambigüedad sexual (N. Josso y cols).

Síndrome de los testículos feminizantes. — Quienes se ven afectados por esta anomalía actúan habitualmente como una niña. Así lo vemos en los casos de C. Stern: tres hermanas, una de ellas casada, son psicológicamente femeninas y su libido tiene la correcta orientación. Ocurre lo mismo en los diez sujetos estudiados por J. Money y cols. (1968), que presentaban un síndrome completo sin historial psiquiátrico, sus actitudes con respecto al matrimonio y al maternalismo eran exclusivamente femeninas en su papel de género e identificación de género; habían sido totalmente femeninas en la infancia, a excepción de una de ellas a quien había gustado los juegos de muchachos. Análogo a este último caso es el presentado por P. Gellé. En la tesis de J. Burgermeister, se revela un caso de evolución psicopática con disforia, mientras que las hermanas aquejadas del mismo síndrome no presentaban problemas psiquiátricos mayores.

J. Money compara a estos casos la feminidad de los sujetos con síndrome de Turner y los opone a los pseudohermafroditas femeninos con tendencia a "muchachos fallidos".

Pseudohermafroditismo ambiguo. — No podemos describir todas las características psicológicas del pseudohermafroditismo. En todos los casos se plantea el problema de las relaciones entre sexo citológico, organización hormonal y orientación sexual.

Consúltense los numerosos trabajos clásicos que han tratado del porvenir, en la edad adulta, de estos sujetos (M. Bleuler, A. M. Rocheblave-Spenlé, J. E. Finesinger).

En un estudio paidopsiquiátrico profundo de los intersexuales con ambigüedad genital, L. Kreisler (1970) muestra la necesidad que impone la intersexualidad de buscar cada vez un abordaje y búsqueda de solución original. No obstante, se puede observar que en los casos que describe, las "fuerzas biológicas" actúan no al encuentro sino en el mismo sentido que la experiencia vivida, según los datos experimentales sobre la acción de los andrógenos en el comienzo del desarrollo. Son ilustrados también los fallos de intervenciones sentidas como una violentación en una psicosexualidad bien diferenciada.

Ya en 1911, S. Pozzi observó que en los intersexuales su comportamiento sexual se ajustaba a la educación recibida y no forzosamente al sexo gonádico. En numerosos trabajos se llega a la conclusión del influjo masculino o femenino de su ambiente social, educacional y psicológico. J. Money, J. G. Hampson y J. L. Hampson han estudiado en 94 intersexuales las relaciones que entre sí mantienen los diversos componentes sexuales orgánicos y psicosociales, así como las manifestaciones psicopatológicas que se dan en caso de desarrollo homosexual. En 19 casos en que existía una contradicción entre sexo citológico y el declarado al nacer, la orientación psicosexual posterior se ajustaba al sexo en que se había educado el sujeto. Entre sus características, designan con el apelativo de *gender role* cuanto dice o realiza una persona con el fin de revelarse a sí misma y aparecer como hombre o mujer. Se evalúa en función de diversos elementos: actitud general, apariencia, juegos

preferidos, interés recreativo, su habla, contenido de sus sueños y ensoñaciones, resultados en los tests proyectivos y prácticas eróticas. En el 95% de casos de hermafroditismo, el *gender role* y la orientación sexual corresponden inequívocamente al sexo en que se educaron, sin discordancia con los restantes factores del sexo. Casi siempre que existe una oposición entre sexo gonádico, sexo hormonal, el de los órganos genitales internos y el sexo atribuido por la educación, será el último el mejor elemento para pronosticar la ulterior orientación psicosexual. Fuera de esto, de entre 94 casos, 63 eran psicológicamente normales.

En 84 casos de hermafroditismo y pseudohermafroditismo, A. Ellis señala en la literatura médica que los hermafroditas o pseudohermafroditas educados masculinamente tienen psicología masculina y desean seguir siendo hombres. El 87% de ellos tienen orientación heterosexual, y actitud psicosexual inmadura el 13%; no se señalan casos de homosexualidad; la mayor parte de hermafroditas o pseudohermafroditas criados como mujer tienen psicología femenina y desean mantenerse mujeres; el 73% tienen orientación heterosexual, homosexual el 11%, el 7% son bisexuales y la psicosexualidad del otro 9% es inmadura.

A. Ellis lo explica por consideraciones sociológicas. En nuestras sociedades la función del hombre goza de más prestigio que la de la mujer, que suele tener un papel social puramente auxiliar. Por ello, al tratar de obtener el "estatuto" social que les confiere mayor ascendiente y prestigio en la sociedad no desean cambiar su función masculina por otra socialmente menos considerada. En opinión de A. M. Rocheblave-Spenlé, tales consideraciones no bastan por sí solas para explicar la orientación de una persona. ¿Por qué algunos de estos individuos, educados a la manera femenina, quieren cambiar mientras hay quien prefiere seguir haciendo de mujer?

La orientación recibida por la educación y el prestigio de un determinado papel social no se bastan para explicar la conducta de los intersexuales. Otros factores más profundos, más individuales se añaden. La educación no actúa como un molde uniforme; las familias son diferentes unas de otras, cada individuo reacciona diferente al entorno social y familiar.

De hecho, parece que hay que tener en cuenta una complejidad de factores: 1) la educación recibida por estos sujetos, que parece ser el principal elemento; 2) las consideraciones sociológicas, frecuentemente con una sobrevaloración del rol masculino; 3) la actitud de los padres, sobre la cual insisten R. Stoller y L. Kreisler; 4) cómo se siente un sujeto en su cuerpo; 6) el grado real de diferenciación masculina o femenina de los órganos genitales externos, pues se sabe que pueden presentarse todos los intermedios; 7) el grado de receptividad tisular a los andrógenos; 8) el papel de las hormonas fetales o posnatales precoces, que parecen tener un papel facilitador de la orientación tanto en clínica como en experimentación.

La conducta a seguir frente a las ambigüedades sexuales debe ser definida en relación al sexo cromosómico, gonádico y hormonal, teniendo en cuenta que no obligatoriamente el sexo asignado esté de acuerdo con el sexo cromosómico o gonádico, sino que debe estarlo con la morfología externa corregida quirúrgicamente y con el sexo hormonal correctamente instaurado en la pubertad (J. Money). Es de capital importancia saber que el comportamiento sexual está determinado en gran parte por el sexo asignado en el nacimiento y por la estimulación social y la experiencia, (L. Wilkins, J. Money y J. G. Hampton). Pero, a veces, se observa una incertidumbre en cuanto a la orientación psicosexual, tanto en los propios sujetos como en los padres (Cl. Launey). Todo el mundo está de acuerdo con L. Wilkins sobre la necesidad de hacer una elección precozmente para conseguir una buena adaptación, pero la conducta a seguir, dependerá de la edad en que se ha planteado el problema.

Se puede decir, con L. Kreisler, que en el niño pequeño, el problema está dominado por las condiciones somáticas: el pseudohermafrodita femenino puede ser restituido a la condición femenina, tener una vida sexual normal incluida la procreación; pero L. Kreisler muestra lo difícil que puede ser, a veces, que los padres lo admitan. En su estudio de 15 sujetos tratados precozmente, reasignados al sexo femenino en los siete primeros meses de vida, A. A. Ehrhardt y cols. (1968) indican que, en relación a las niñas de control igualadas en edad, C. I. y nivel socioprofesional del padre, las pacientes son mucho más a menudo "muchacho fallido", sobre todo en sus juegos y su indumentaria, pero esto no se extiende a los intereses eróticos y juegos sexuales, y no excluye perspectivas de matrimonio y maternidad ni implica homosexualidad o la creencia de que se les había asignado un sexo erróneo; en casos tratados de más edad, pueden haber sueños y fantasías homosexuales.

El pseudohermafroditismo masculino podrá ser mantenido en su sexo si el grado de diferenciación masculina, corregido por la cirugía, era suficiente; de lo contrario, la mayoría de los autores estiman preferible elegir el sexo femenino; se plantea lo mismo para el hermafrodita.

Más tarde, según Cl. Launay y G. Meer, si el sujeto está establecido en una psicosexualidad determinada que corresponde a su sexo asignado y de educación no cabe duda para la reorientación: el cambio de sexo puede ponerse en consideración si la psicosexualidad está mal determinada (indiferenciada, ambivalente, ambigua...) o si es francamente opuesta al sexo de asignación; hay que considerar también otros elementos inherentes al sujeto y a su entorno, en especial la posición arraigada de los padres. L. Kreisler subraya lo difícil que es apreciar esta "psicosexualidad ambigua"; en la decisión de una reorientación del sexo que no parece posible más que después de largas y minuciosas investigaciones, la posición de los padres parece determinante.

J. Money (1969) insiste sobre la apariencia de los órganos genitales externos que es tal que, cuando una corrección quirúrgica en conformidad con el sexo en que ha sido educado se manifiesta imposible, una reasignación del sexo después de la primera infancia puede justificar los riesgos implicados; condiciones indispensables son una preparación y ayuda psiquiátrica.

Dice M. Bleuler que de las intervenciones practicadas en seres mal estudiados, las operaciones realizadas por razones excesivamente teóricas concluyen en trastornos psíquicos que pueden llevar incluso al suicidio. Y con razón llega a esta conclusión: "El enfermo tiene su existencia propia, individual, no según un esquema, y sólo podremos masculinizarlo o feminizarlo somáticamente cuando —mediante una adecuada psicoterapia— logremos convertirle en un hombre interiormente maduro. En caso contrario, puede darse el caso de que se le imponga una apariencia externa que, subjetivamente, para él será peor aún que su malformación originaria."

Queda el problema de averiguar por qué ciertas personas pueden cambiar socialmente de sexo en su evolución mientras que otras permanecen gravemente trastornadas. A. Norris y W. C. Keettel, tras hacer la descripción de un paciente considerado femenino al nacer, como varón a los 2 años y nuevamente como mujer a los 13, y que a los 21 era feliz y perfecta esposa, consideran que quien tiene una personalidad sana y un Yo muy desarrollado puede enfrentarse al *stress* que supone un cambio de sexo, cosa que en personalidades neuróticas no es posible. Para R. J. Stoller, quienes pueden cambiar de sexo fácilmente son quienes no presentan "una identidad de género" masculino o femenino muy fijos, mientras que quienes soportan mal el cambio son aquellas para quienes cambiar de sexo supone abandonar su "género" y no pertenecer ya a ninguna clasificación, quebrando su sentido de identidad.

B. — DESVIACIONES DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL

La noción de desviación sexual ha tomado, desde el punto de vista histórico, varios sentidos: fue considerado bien como una perversión, bien como una desviación en relación a la norma, individual o sociológica. Actualmente se pone en duda el término de desviante y, *a fortiori*, de perverso, pues expresa una noción de valor y de represión de la expresión de sí mismo.

La sexualidad se va estableciendo progresivamente. Podemos hablar de orientación sexual desviada únicamente una vez conocida su evolución y las sucesivas manifestaciones que con el tiempo irá tomando. Hay que hacer esta salvedad al hablar de perversión infantil. Como ya indicara S. Freud, en sí el niño es un perverso polimorfo. La libido tiende a la primacía de lo genital y a una elección genital de las relaciones sexuales con el sexo contrario. Pero antes de llegar a esta elección, a esta polarización, hacia la adolescencia, el niño encuentra parciales satisfacciones de la libido que son fuente de placer y formación. Como dice Marie Bonaparte, el instinto sexual no aporta en sí un objeto y se desarrolla indiscutiblemente, al principio independientemente de él. En la sexualidad lo esencial es menos el objeto que el instinto mismo en sí. En la antigüedad se veneraba el instinto sexual como tal. Actualmente, como indica Marie Bonaparte, por así decirlo, si se excusa la sexualidad es en virtud de la dignidad de la elección de su objeto.

Los trastornos de la organización sexual infantil son de diversos tipos. Puede tratarse de un exagerado fortalecimiento de una pulsión parcial o de una excesiva carga afectiva en cuanto a la totalidad, de una fijación en la trayectoria del desarrollo o de una regresión a un estadio anterior. Entre todos los instintos, el sexual es el que más cambia en su evolución, tanto de objeto como de objetivo. Por ello hay que ser sumamente prudente al diagnosticar perversión infantil. El balance de la sexualidad infantil hay que establecerlo según el grado de evolución dada, según las características de fijeza en un nivel concreto y la falta de movilidad evolutiva. En su evolución, la sexualidad toma unas formas de aparente perversión que pueden ser transitorias, organizadas más o menos rígidamente o que lleguen incluso a frenar la misma evolución. Las raíces del placer, en menor escala, pueden manifestarse como núcleos desplazados de la personalidad total. Como variantes menores, tales fijaciones suelen ser superadas, pero al estar sujeto a regresiones se suele tornar a ellas. En las regresiones los sistemas superados pueden adquirir nuevo valor, producir pequeñas satisfacciones y seguridades con relación a niveles no superables. La elección del grado de regresión no depende exclusivamente de la organización más o menos rígida de dichos niveles sino del contexto en que ha sido vivido y de si la regresión ha sido total o parcial.

¿Cuáles son los mecanismos por los que se producen las desviaciones de la orientación sexual?

Las causas de la desorganización son de orden diverso.

Es evidente que los trastornos endocrinos pueden producir una desorganización, y coincidimos con F. Morel cuando dice que "no hay síndrome endocrino que comporte forzosamente una perversión privativa de la función sexual, salvo que no sea su disminución o extinción. Todo lo que se conoce de los efectos de los trastornos endocrinos en la función sexual se reduce a un problema de mayor o menor aumento o disminución". Considerado así, es indudable que el período de la pubertad, por el aflujo de los instintos, puede ser causa de alteraciones o canalizar

formas preexistentes, pero esto ocurre al aumentar el erotismo encauzado hacia unas preferencias sobre bases ya organizadas. Los trastornos endocrinos no explican el sentido de una perversión pero contribuyen a originarla.

Es absurdo negar el influjo de factores neurológicos en las desviaciones de la primera orientación sexual. Numerosas observaciones y cambios sexuales de origen traumático y encefálico vienen a demostrar lo fundado de tal hipótesis. Ahora bien, ¿cómo comprender la actuación de los factores neurológicos? Con anterioridad vimos que hay zonas del sistema nervioso central como el hipotálamo y el rinencéfalo que tienen su importancia en la sexualidad. También hemos visto que experimentalmente pueden desencadenarse trastornos sexuales objetivamente y en cuanto a un objeto dado. Todo ello se produce sobre una base de hipererotismo. Es difícil distinguir entre cualidad de una pulsión y número de necesidades. No creemos que haya mecanismos específicos localizados mediante los cuales se explique cómo actúa la función sexual. Por otra parte, estudiando los casos de perversión postraumática o postencefálica se advierte que la perversión raramente será unívoca. Casi siempre es polimorfa, y siempre va acompañada de una total alteración de la personalidad.

Lo que podemos decir es que todo cuanto altera los mecanismos de la evolución sexual puede ser causa de un trastorno de la orientación sexual.

La perversión, como pulsión parcial, existe normalmente en el hombre, y con mayor razón en el niño. Se torna patológica al acentuarse a costa de todas las pulsiones. Sabemos que, según S. Freud, la neurosis es el negativo de la perversión, es decir, el resultado del rechazo de la perversión. Para A. Hesnard, "es más bien el impulso sexual frenado, contrariado en ambos casos, de manera que las tendencias sexuales perversas son más imaginativas que reales en la neurosis infantil, mientras que al ser lo suficientemente vivaces como para madurar al unísono que el instinto sexual se realizan en forma de persiones diversas (con su mínima parte de neurosis).

¿Cómo clasificaremos las desviaciones sexuales infantiles?

Veamos antes que nada la clasificación de las persiones sexuales en el adulto. A. Hesnard divide las persiones en persiones de finalidad y de objeto. Las primeras son afecciones psicosexuales que se caracterizan por la búsqueda de una finalidad erótica anormal que venga a tener el significado de sustitución del acto sexual normal o, en otras palabras, que sea un acto simbólico. El individuo que siente repulsión o permanece indiferente a las relaciones sexuales, tiende a satisfacerse mediante una percepción puramente visual activa —perversión del mirón¹— o pasiva —exhibicionismo—, o mediante una violenta aproximación sin directo contacto erótico, mediante la crueldad física o moral activa —sadismo— o pasiva —masoquismo—. Las persiones de objeto son derivaciones eróticas que se caracterizan por sentirse exclusiva o predominantemente atraído por objetos que no son la persona del sexo contrario: serán una persona del mismo sexo, un fetiche, un animal, un cadáver, etc.

H. Ey describe dos tipos de persiones sexuales: en primer lugar, las deformaciones de la imagen del compañero (anomalía de la elección de objeto), entre las que englobamos homosexualidad, zoofilia, fetichismo, etc.; en segundo lugar, las deformaciones del acto sexual (erotización sustitutiva), entre las que destacan la erotización del dolor, de la mirada, del aparato digestivo, de la orina, etc.

Como es lógico, no podemos establecer idéntica división para el niño y el adulto.

1. Se emplea muy a menudo el galicismo "voyeurismo" = curiosidad perversa sexual. (N. del T.)

Podemos valorar la actividad sexual en relación con el grado evolutivo, con su organización más o menos cerrada y en relación con la importancia de algunas de estas manifestaciones en el desarrollo de una determinada personalidad.

Estudiaremos sucesivamente las diversas alteraciones.

I. — VOYEURISMO Y EXHIBICIONISMO

En el niño existe la curiosidad sexual. Desde muy pronto le gusta descubrir, mirar y tocar las diferentes partes del cuerpo, tanto las suyas como las de los demás. Hemos visto que las manipulaciones sexuales son frecuentes. Tanto en la pubertad como en la adolescencia, si sus conocimientos no se satisfacen suficientemente o por una nueva necesidad, el niño trata de buscar información, a veces a ocultas (a los adultos los observan en el baño o al vestirse, buscan bajo las faldas), cosa que frecuentemente es vivida con sentimiento de culpabilidad. La educación sexual puede disminuir estas ansias, mientras que el castigo, si bien puede reprimir el placer sexual de mirar, suele producir cierta preocupación cuando los mayores se exhiben inoportunamente. Por lo demás, hemos visto ya que el exhibicionismo es frecuente incluso en el niño normal; lo que ocurre es que si se le reprime bruscamente se avergüenza y siente un exagerado pudor. El exhibicionismo entra en los juegos sexuales infantiles —entre los chicos, por fanfarronería, y entre muchachos y muchachas con objeto de conocerse y para confiar más en sí mismos—. Generalmente, entre niños de la misma edad y en grupos en que se comparte idéntica curiosidad. Ahora bien, entre los adolescentes de 15 a 20 años también se han señalado tendencias exhibicionistas semejantes a las de los adultos (J. E. Staehlin, P. A. Schwalbe-Hansen, G. Heuyer y S. Lebovici, M. Basquin y D. Trystram).

M. Basquin y D. Trystram creen que entre los exhibicionistas se da un polimorfismo de manifestaciones clínicas, exhibicionismo frecuentemente asociado a la masturbación, tactos y agresiones. Entre tales adolescentes hay muchos con dificultades para entablar relaciones sociales.

De los 24 casos estudiados por P. A. Schwalbe-Hansen, 13 tienen un nivel normal y 10 un nivel límite o inferior al normal, siendo superior en un solo caso. Aun cuando puede ser un acto preparado, tiene cierto carácter de impulsivo; la falta de información sexual de dichos adolescentes es constante. El clima familiar es prácticamente siempre rígido, estricto y oprimente.

Como dicen M. Basquin y D. Trystram, el exhibicionismo adolescente es un simple síntoma que puede tener varios significados, pero cuya elección viene inducida por una suma de factores internos o ambientales; no es —como en el adulto— un núcleo perverso y aislado. Al estudiar el exhibicionismo adulto, S. Mutrux señala que de niños o adolescentes, 13 de sus 23 casos habían practicado el voyeurismo o el exhibicionismo, lo que no da por descontado que el pronóstico sea irrevocablemente desfavorable, como señalan las observaciones de P. A. Schwalbe-Hansen.

II. — FETICHISMO

Necesarias en un momento determinado, se dan a lo largo de toda la evolución infantil, las preferencias por ciertos objetos, por determinadas partes del propio cuerpo o del ajeno, prescindiendo del conjunto. El niño se acuesta con objetos o muñecas, se acaricia con un tejido o se da masajes con guata, huele tejidos u objetos

de un determinado olor, necesita estar tocando algunas partes concretas del propio cuerpo o tocar el de la madre, sin que pueda considerarse como patológico ni que forzosamente haya de llevar al fetichismo del adulto. Según S. Freud, lo que tienen en común el niño y el adulto fetichista es la tendencia a dotar de gran proporción afectiva de libido narcisista u objetal a un objeto, mientras que en el adulto el fetiche tiene finalidad en sí y ejerce una función esencial en su sexualidad; el fetiche del niño posee diversos sentidos simbólicos y sirve a diversas finalidades. En el momento de la succión y el destete cualquier objeto puede tener ese valor y volverse indispensable, con tal que, por una parte, favorezca el placer oral del bebé y, por otra, prevenga o disminuya la aparición de un temor a la separación al garantizar constantemente la gratificación. Según M. Wulff, en el niño el fetiche viene a ser un sustituto del cuerpo materno, especialmente del seno. Insiste en la importancia de las asociaciones olfativas y táctiles en la determinación de objeto, de forma que bien por el olor, bien por el tacto, guarde una semejanza con el cuerpo materno. En el estadio siguiente —prosigue S. Freud— el objeto sobreinvertido tomará la forma de un blando juguete, de una almohada, de una colcha, etc.; se convierte en un “objeto de transición” (D. W. Winnicott) también cargado de libido narcisista y objetal y que, en cuanto a la distribución de la libido, establece un puente entre la persona del niño y la de la madre.

El fetichismo infantil va estrechamente unido a la relación madre-hijo. Mediante el fetiche puede apartarse de la realidad sin miedo, especialmente a la hora de dormir y cuando la madre tiene una actitud de rechazo, cuando la ardiente necesidad infantil de poseer a la madre oral y manualmente se ve contrariada por la imposibilidad física de sus mismas acciones o por el rechazo materno; no puede poseer el cuerpo de la madre por completo, pero sí un objeto que guarda una relación asociativa con el cuerpo materno (A. W. Epstein). El objeto de transición siempre es una posesión controlada, frente a la madre, que no depende de él, que va y viene libremente; aparece y desaparece y amenaza al niño con un sentimiento de inseguridad e incomodidad que tiene por causa la separación (A. Freud). M. Sperling piensa que en el fetichismo infantil siempre hay una activa complicidad con la madre, pero A. Freud declara que toda la posible sugestión que pueda ejercer la madre no tendrá el menor efecto si no coincide con las propias oscilaciones del niño entre amor eutoerótico y narcisista y amor objetal, oscilaciones acordes, por lo demás, con el desarrollo.

A partir de la pubertad o de la adolescencia el fetichismo puede adquirir el carácter de perversión. Lo que con mayor probabilidad se mantendrá —según A. Freud— son los fetichismos cuyos principales encartados no son el Yo y las defensas, sino las necesidades de los instintos, los casos que desde el primer momento se acompañan de innegables signos de excitación sexual y en que el fetichismo sirve de vía de descarga principal sobre la que se organiza todo el sistema sexual. Al aumentar las excitaciones sexuales con la adolescencia e iniciarse la edad adulta, el miedo a la mutilación gana en intensidad, la posesión se torna terrorífica mediante las relaciones sexuales por cuanto a un tiempo puede aniquilar el fetiche y a la mujer; por consiguiente, aumenta la preocupación por el fetiche, por lo que nuevamente mediante el objeto fetiche se vuelva a lograr la posesión y la intensa ansia de identificación (A. W. Epstein). Según A. W. Epstein, el fetichismo de tipo perverso es el resultante del estado de excitación del organismo, al menos, en parte, parece relacionado con anormales descargas cerebrales y mecanismos compulsivos y obsesivos cada vez más automáticos, de manera que toda tensión indebida es frenada inmediatamente por el fetiche u otro pensamiento obsesivo o compulsivo.

III. — TRANSVESTISMO

El transvestismo puede existir como síndrome autónomo sin que ello implique necesariamente una negación del “género”. Consiste en el deseo experimentado por algunos sujetos de vestirse con indumentaria del sexo opuesto. En el adulto entra en el cuadro de perversiones. El interés por las ropas del sexo contrario y de las personas de ambos sexos, simplemente mayores, es un rasgo propio de la edad infantil, en que las diferencias de sexo se infligen imaginativamente en forma corriente, máxime tratándose de niñas; los vestidos elegidos para el disfraz, al tiempo que son propios de un sexo específico, también simbolizan un estado (A. Freud). El transvestismo es un problema para el niño cuando se hace necesario, un hábito, una costumbre, y el niño se niega a vestir la ropa que corresponde a su sexo. Esta forma de conducirse parece más anormal en los varones.

Ciertos autores señalan un transvestismo precoz: especialmente entre los 3 y los 5 años. Los niños se ponen ropa pedida o quitada a su madre, a la hermana o a cualquier elemento femenino de la familia. A veces se muestran vestidos de este modo ante toda la familia, y otras veces sólo lo hacen a escondidas. El niño puede hacer movimientos o adoptar posturas femeninas, cuidar muy especialmente sus cabellos y uñas y hacer uso de cosméticos. Aparte de esto, los que se disfrazan prescinden del juego de niños y se ponen a jugar con las niñas. Sus juegos quizá son simbólicos en un momento dado, pero a partir de la fase pospuberal, pueden corresponder a una necesidad de transvertirse para tener un goce masturbador.

Hay quien habla de una alteración de tipo genético o endocrino, pero los exámenes efectuados en estos casos hablan de un cariotipo normal y no revelan especiales trastornos hormonales.

Otros muchos autores insisten en la importancia del factor ambiente. El abate de Choisy, célebre transvestista del siglo XVII, cuenta que desde sus primeros años recibió una educación totalmente femenina. En la niñez le acostumbraron ya a llevar corsés que le ceñían fuertemente y pendientes. Justificándose, decía: “Es extraña la fuerza de un hábito infantil e imposible deshacerse de él.” También G. Marañón da gran importancia a la educación femenina cuando escribe: “Hay muchas madres tan faltas de juicio que se vanaglorian cuando alguien les dice que su hijo parece una niña, equívoco que tratan de mantener haciéndole bucles en el pelo, con cintas y vestiditos..., orgullosas del triunfo que representa haberles conservado su apariencia femenina hasta una determinada edad. En lo referente al sexo, al revés de lo que dice el refrán, el hábito es lo que hace al monje.”

A. Freud cree igualmente que la madre presiona en cierto modo hacia la feminidad, habida cuenta que prefiere claramente a una hermana, mayor o menor, o reconoce que en el embarazo tenía puesta la ilusión en una niña. La autora cree que el disfraz tiene diversos significados posibles:

- para unos, vestirse de mujer viene a significar la búsqueda del amor materno, al disfrazarse de la hermana que, aparentemente, es la preferida;

- en otros, será como negar por completo la virilidad fálica que, con razón o sin ella, al niño le parece mal vista por la madre;

- por último, hay otros en quienes se mantiene la interna ligazón libidinal a un objeto perdido gracias a una parcial identificación con dicho objeto.

R. Stoller considera que la acción de la madre se manifiesta tempranamente, pero de forma inmediata como en el caso del transexual: en el momento en que el niño comienza a manifestar su masculinidad, hacia los 2 o 3 años; las madres o las

mujeres que desempeñan un papel en la aparición del transvestismo tendrían fuertes componentes homosexuales con odio inconsciente al hombre y envidia violenta del pene. El transvestismo comporta un componente femenino considerable, su deseo va hasta querer ser mujer, pero una mujer provista de pene, aunque la identidad sexual permanece intacta.

Señalemos que, al estudiar estos trastornos en los adultos, Havelock Ellis, los incluye en el cuadro de la inversión "estética sexual" y los considera como un narcisismo feminoide o como una forma particular de fetichismo.

Para unos, el transvestismo de los niños acabará abandonando el manierismo en su manera de vestirse, con posibilidad de ulteriores actos heterosexuales. Para otros, aun en este último caso, existe el peligro de una mala adaptación posterior (G. W. Henry), y aun hay quienes insisten en señalar el riesgo de una futura homosexualidad (B. Zuger). Para A. Freud, sólo cuando el disfrazarse es en sí una forma de descargar la sexualidad infantil cuando vaya acompañada de indudables muestras de excitación sexual, se podrá considerar como real equivalente o signo precursor de la perversión del futuro adulto.

IV. — TRANSEXUALISMO

Las características psicopatológicas de los transexuales son, según H. Benjamin:

- 1.º Un sentimiento de pertenecer al sexo opuesto, de haber nacido en un sexo erróneo, de ser un error de los que existen en la naturaleza.
- 2.º Un sentimiento de extrañeza con respecto a su propio cuerpo; todas las indicaciones de diferenciación sexual son consideradas como calamidades, o como repugnantes.
- 3.º Un vivo deseo de parecerse físicamente al sexo opuesto, *vía* una terapia que llega hasta la intervención quirúrgica.
- 4.º Un deseo de ser aceptado por la comunidad como perteneciente al sexo opuesto.

Se encuentra también un componente narcisista y una actitud hostil hacia la sociedad que no le reconoce su "verdadero sexo". Además, con frecuencia el transvestismo completa el cuadro.

El problema de los transexuales adultos es bien conocido por numerosas publicaciones (J. Alby, H. Benjamin, J. Walinder, R. Green, y J. Money). Ha sido descrito con mucha más frecuencia en el hombre.

El "transexual niño", ha sido el objeto de recientes estudios por parte de R. Stoller, R. Green, L. E. Newman. Partiendo de los informes retrospectivos sobre el comportamiento en la infancia dados por hombres adultos que pedían una intervención quirúrgica, para cambiar de sexo, estos autores piensan tener razones para creer que los niños pequeños que ellos describen son pretransexuales, sin poderlo afirmar todavía, ya que faltan datos catamnésicos a largo plazo y sin tratamiento.

Los muchachos "transexuales" comienzan a mostrar su extrema feminidad hacia los dos o tres años, pero los primeros signos pueden aparecer al año, desde el momento que se expresa el "género". Indican que desean vivir como las niñas y desean que se cambie su cuerpo en niña. Llevan vestidos femeninos en la medida en que se les permite y con mucha soltura. Manifiestan un interés apasionado por los vestidos, apariencia, peinados de su madre. Tienen gestos femeninos de normal apariencia y en los juegos y fantasías interpretan roles femeninos únicamente. No son psicóticos. Casi siempre son los hijos pequeños de la familia y

su madre manifiesta haber estado sorprendida por la belleza de su hijo desde la más tierna infancia. A menudo, tienen rostros hermosos con cabellos finos, movimientos gráciles y, especialmente, ojos grandes y penetrantes. Estos muchachos son especialmente creadores y artistas; les gusta los colores y los dibujos, música y sonidos, tienen sensibilidades poéticas en relación de las palabras y una empatía poco común con lo que ocurre en las mujeres. El tipo de relación madre-hijo es significativa: se trata de una "simbiosis" estrecha y continua, tanto física como afectiva, establecida desde el nacimiento del niño y prolongada durante varios años, contacto corporal y comunicación permanente, en la que los ojos son, tal vez, el vehículo más importante; además la madre gratifica instantáneamente todas las necesidades del niño.

Se observa la ausencia de signos de conflictos edípicos, que explicaría la falta de ligazón afectiva con el padre y la continuación de la simbiosis con la madre; el padre no es ni un rival para el afecto de la madre, ni un modelo de identificación masculino.

La adolescencia es para el transexual un período de crisis (L. E. Newman): un rol masculino es imposible porque es una negación de lo que él siente interiormente, y antes de poder vivir completamente como una mujer, debe superar la oposición de la familia o huir. Además, con la pubertad, su cuerpo comienza a desarrollarse en una dirección masculina, lo que disminuye sus posibilidades de poder vivir como una mujer y crea un conflicto con la imagen femenina que de él mismo tiene. Los transexuales que intentan vivir su "rol de género" reflejan típicamente su trastorno interior por la depresión; pueden observarse otras formas de alteración afectiva como distorsiones de la personalidad, que disminuyen o desaparecen típicamente cuando el transexual comienza a vivir en su "rol de género" deseado.

Según J. Money (1971), si bien numerosos transexuales tienen una historia verificable de alteraciones de identidad de género al comienzo de la infancia, existen también excepciones: ciertos transexuales dicen que sus síntomas han aparecido bajo el efecto de un *stress* en la adolescencia, y para un número más restringido de casos, en la edad adulta.

Algunos autores se han consagrado a buscar si existía un error real en el sexo del transexual; ello se ha demostrado cierto en casos excepcionales (véase G. Routier y cols., 1970; B. Ionescu y cols., 1971).

Según R. Stoller, los niños pequeños no se convierten en transexuales a no ser que se dé una rara coincidencia de determinados factores: una madre bisexual, un padre física y psicológicamente ausente, que permite que la simbiosis excesiva se desarrolle y luego no se interrumpa, un período de varios años durante los cuales madre e hijo pueden permanecer en feliz simbiosis, una belleza especial en el niño en el nacimiento y en los meses siguientes, que desencadena la reacción que estaba latente en esta familia hasta el nacimiento.

Más allá de la infancia, según R. Green, L. E. Newman y R. J. Stoller dicen que la psicoterapia, comprendido el psicoanálisis, igual que otras modalidades de tratamiento (descondicionamiento por aversión fármica, hipnosis, quimioterapia) se han mostrado ineficaces para corregir la identificación del género cruzado de los transexuales. Estos autores han informado sobre los tratamientos llevados a cabo en niños de 5 a 12 años; sus principios generales son: desarrollo de una relación de confianza y afecto entre un terapeuta del sexo masculino y el niño; un aumento de la preocupación de los padres con respecto al problema, de forma que los padres comiencen a desaprobare los intereses femeninos y no los alienten de forma velada; el compromiso del padre o de un sustituto en la vida del niño; una sensibilización de

los padres a las dificultades interpersonales subyacentes a la tendencia de la madre a estar excesivamente cerca de su hijo, y para el padre, a su tendencia al divorcio afectivo en relación a las actividades de la familia. El resultado final del tratamiento de los jóvenes muchachos muy femeninos no se conoce, aunque el tratamiento pueda lograr abortar el desarrollo del transexualismo, identificaciones femeninas lo suficientemente fuertes pueden persistir para hacer imposible la vida heterosexual masculina adulta.

La descripción del muchacho joven transexual se encuentra de nuevo en la anamnesis de los transexuales adultos, pero también a veces, en la de homosexuales que se aceptan como tales o más aún en los transvestistas y aquella no permite prever la evolución. Puede incluso que ciertos sujetos no devengan ni transexuales, ni homosexuales, incluso aunque el problema del sello desempeña un papel, tal como sugiere R. Stoller, ya que no implica una imposibilidad de modificación por acontecimientos posteriores. El problema que queda es saber a qué edad el sentimiento de "ser otro" es postulado como "convertido en otro", propio del transexual, así como el aspecto reivindicador y la negación de la homosexualidad; R. Stoller no responde a este problema, que aparece relativamente tarde.

El *transexualismo femenino* es más raro que el masculino, pero posee las mismas características (J. H. Vogt). Son niñas que desde la más tierna edad sienten una manifiesta preferencia por los juegos varoniles y actúan como muchachos. Pasada la pubertad, se da la homosexualidad, aun cuando la nieguen. Posteriormente tienen conciencia de ser de otro sexo y piden transformarse en hombres.

V. — HOMOSEXUALIDAD

Existen numerosos trabajos sobre la homosexualidad —lo más frecuentemente, sobre la anamnesis de homosexuales adultos— en los cuales parece existir una confusión entre homosexualidad fijada, móvil, y tendencias homosexuales. Para el niño y el adolescente nos remitiremos a los trabajos de L. Bender, H. Deutsch, S. Lebovici y L. Kreisler, A. Freud y R. Stoller.

Homosexual es un término que no significa lo mismo en el niño que en el adulto. Como dice S. Freud, "hasta pasada la pubertad no tomará forma definitiva el comportamiento sexual". Con todo, basta con preguntar a homosexuales adultos acerca de su infancia para comprender la precocidad de su desviación sexual. Sabemos de la importancia de los lazos con personas del mismo sexo en el desarrollo infantil normal, que no presupone una futura homosexualidad.

En *anamnesis referentes a homosexuales adultos*, G. W. Henry señala que las primeras manifestaciones homosexuales comenzaron, en cuatro de cada cinco casos, antes de los 9 años, y en uno de cada cinco en la pubertad; los modelos de comportamiento homosexual quedan establecidos entre los 17 y 25 años. En el informe de A. C. Kinsey, el 60% de varones, que en el momento en que se realizó la encuesta estaban todavía en la adolescencia, recuerdan haber tenido algún acto homosexual en su preadolescencia. La media de su primer contacto homosexual gira en torno a los 9 años. F. E. Kenyon, en su estudio sobre la homosexualidad femenina (123 casos divididos en dos grupos: el de mujeres exclusivamente homosexuales [E. H.] y el de las de predominio homosexual [P. H.]), señala que su edad, al tener conciencia por primera vez de sus sentimientos homosexuales, es menor de los 15 años en un 61% de casos E. H. (edad media, 14 años y medio) y el 40% en casos P. H. (media, 17 años). La edad de la primera experiencia homosexual es menor de los 15 años en un 10,8% de casos E. H. (con una media de edad de 20 años) y de 7,8% en los casos P. H. (edad media, 21 años y medio).

Los denominados actos homosexuales son extremadamente variados: exhibición de los órganos sexuales, simple manipulación sexual, masturbación, acción bucal y contactos anales. Naturalmente, todo ello no tiene idéntico valor y también difiere la forma de conducirse según la edad. Así y todo, el informe Kinsey muestra que los contactos homosexuales comprobados son mucho más frecuentes de lo que antes se creía; aun así, todo ello es simplemente transitorio.

En la Antigua Grecia, la amistad y el amor entre hombres parece haber sido considerada como la forma más elevada de las relaciones amorosas. Por el contrario, nuestra civilización ha rechazado la homosexualidad que fue durante largo tiempo considerada como una enfermedad vergonzosa, castigada por la ley en algunos países, lo que desembocó en la segregación de los homosexuales en grupos cerrados, en la clandestinidad. Recientemente, sobre todo desde mayo de 1968, ha aparecido una actitud revolucionaria y reivindicadora que se expresa por la asociación de homosexuales militantes. Estos movimientos reaccionan contra la noción del homosexual considerado desviado y su finalidad es liberar a los homosexuales de la vergüenza con relación al conjunto de la sociedad, y librarlos de restricciones externas que les impiden desvelar sus deseos. Nuestro problema es el intentar comprender al homosexual, libres de todo imperativo moral, sabiendo lo difícil que es separar estas desviaciones del cuadro de la organización de la personalidad en sí misma y del marco familiar en que se desarrolla.

La homosexualidad se ha atribuido a factores genéticos, endocrinos, sociológicos o de relación en el trato de padres e hijo.

En los grupos de gemelos estudiados por F. J. Kallmann, los gemelos hijos de homosexuales son también homosexuales en todos los casos cuyo estudio ha sido posible —37 entre 40— en cuanto a pares de monozigotos, y sólo de un 3 por 23 en los pares de dizigotos. En opinión del autor, dichas observaciones dicen mucho de una base genética de la homosexualidad.

No obstante, no se han hallado cambios endocrinos característicos y los homosexuales machos tienen un cariotipo normal. Ciertos autores admiten una especial morfotipología en los homosexuales, cosa que no puede demostrarse de manera totalmente evidente. Lo que sí es cierto es que algunos homosexuales tienen una especial manera de comportarse, una forma de ser y moverse.

Sea lo que fuere, los trastornos anatomofisiológicos no bastan para explicar todas las desviaciones de tipo homosexual. Está demostrado que el problema de la homosexualidad puede integrarse en algunos marcos sociológicos. Este problema es extremadamente complejo, como lo demuestran las investigaciones sobre la evolución de la sexualidad infantil.

Pero nosotros debemos estudiar lo que se ha descrito como homosexualidad del niño y del adolescente.

L. Bender y S. Paster distinguen dos formas de homosexualidad infantil: en la primera entran los juegos sexuales infantiles en tanto que experiencias transitorias, sin valor respecto a una futura homosexualidad; en la segunda, la expresión sexual puede ir de la latente homosexualidad a la adopción del tipo de conducta propio del sexo contrario; para los componentes de este grupo, el pronóstico es más reservado. Han tenido importantes dificultades en las primeras relaciones paternofiliales.

L. Bender, tras estudiar niños de 4 a 12 años con dificultades identificatorias, señala que las alteraciones del desarrollo psicosexual van unidas a importantes dificultades en las primeras relaciones padres-hijo; la manifestación sexual oscila entre una latente homosexualidad y la adopción de la manera de conducirse del sexo contrario. En su estudio distingue tres grupos: en el primero están los casos en que se establece una identificación con el predominio de una imagen parental y homosexual, siendo inadecuada la otra imagen —cuya resultante será una estructura neurótica—; en el segundo grupo entra la identificación con el progenitor del sexo contrario cuando el del mismo sexo es odiado o temido, cuando es ineficaz o falta de casa. En el tercer grupo entran los que en su primera infancia estuvieron privados de padres, que tardaron en identificarse a un sustituto del progenitor del otro sexo

—están condenados a convertirse en psicópatas—. Según L. Bender, los profundos errores identificatorios que suelen darse a veces no tienen su origen exclusivamente en las relaciones con el modelo con que se identificarán y con las anomalías ambientales, sino que más bien impulsan una intersección de un proceso desorganizador interno probablemente de origen constitucional hereditario, con especiales situaciones ambientales.

S. Lebovici y L. Kreisler, informan de las observaciones en las que los padres evocan la amenaza de la homosexualidad. Así ocurre en un muchacho que expresa sus fantasías de “matar a todas las mujeres que son malas y casarse con un hombre”, que por impresionantes que sean, no parecerían acarrear el pronóstico de homosexualidad, pero para las cuales faltan observaciones prolongadas. Más a menudo, los padres manifiestan temores delante de las actitudes más o menos femeninas de su hijo y las aceptan bastante mal. La identificación femenina parecería, más bien, estar sugerida por la madre, quien reprocha a su hijo actitudes poco viriles, además, la evolución puede hacerse hacia la obsesionalización o ser pasajera, sin secuelas neuróticas ni psicóticas, pero puede ocurrir que una identificación materna y una pasividad sean el preludio de una verdadera homosexualidad.

Según R. Stoller, no es infrecuente que madres bellas y narcisistas, vean como patológica una feminización en sus hijos, y que éstos se conviertan en homosexuales afeminados.

Pero en algunos casos, tras el examen solicitado por razones diversas, el psiquiatra se plantea el problema de la orientación homosexual (S. Lebovici y L. Kreisler), por ejemplo a propósito de la conducta femenina de un muchacho, aprobada por la madre, o de muchachos que han sido víctimas de homosexuales adultos. En el curso de psicoterapias a niños puede evocarse también la amenaza o la realidad de la “posición homosexual”.

La *homosexualidad de los adolescentes*, se observa en condiciones más precisas y muy diferentes, S. Lebovici y L. Kreisler distinguen:

- 1.° Los que se convertirán en adultos homosexuales y se sienten atraídos por los hombres y se extrañan de no interesarse por el sexo femenino, ellos pueden inquietarse o aceptarla pero se sabe que la homosexualidad transitoria de este período es frecuente.
- 2.° Los adolescentes llevados al psiquiatra por padres extrañados, ya que están aterrados por la idea de que su hijo es homosexual o corre el peligro de serlo. Opinan estos autores que muchos de los homosexuales adultos se habían consolidado en su práctica sobre la base de conflictos con sus padres.
- 3.° La homosexualidad puede ser un aspecto del desequilibrio de la personalidad y de la conducta.
- 4.° Cuando la homosexualidad, al revelarse, inquieta particularmente al adolescente, los deseos que son la expresión de ésta pueden integrarse en el cuadro de las compulsiones; igualmente, la neurosis obsesiva puede presentar el tema del repudio constante de los deseos homosexuales.
- 5.° La psicosis del adolescente y más especialmente la esquizofrenia arrastran con ella toda una temática en la que la homosexualidad está generalmente presente.
- 6.° La homosexualidad “latente”, de la cual hay que decir que los psiquiatras hacen, a veces, con demasiada facilidad, el diagnóstico ante el adolescente pasivo.
- 7.° Los adolescentes víctimas de traumatismos que los orientan aunque, mucho menos, que cuando éstos ocurren antes de la pubertad.
- 8.° La homosexualidad venal.

Pero a la homosexualidad puede llegarse igualmente por otros caminos. En algunos niños que tienen un hipererotismo sexual precoz, las relaciones homosexuales pueden ser una solución impulsada por la facilidad, que puede quedar condicionada. Después, según las circunstancias sociales, serán homosexuales o heterosexuales. Ciertos niños y adolescentes con indicios psicopáticos pueden ser pervertidos por adultos pederastas y emplear la homosexualidad por razones sociales o económicas. Entran en otro grupo aquellos cuya homosexualidad pertenece a un cuadro más general. En dicho cuadro pueden darse igualmente formas de tipo neurológico, postraumáticas o postencefalíticas, en que se establecen múltiples perversiones sexuales, generalmente sobre la base de un hipererotismo que va unido o no a otras perversiones pero que casi siempre van unidas a grandes alteraciones de la personalidad.

La *homosexualidad femenina* tiene sus propias particularidades. H. Deutsch ha hecho una excelente descripción de sus diversas variantes.

Al llegar a la prepubertad, la niña puede sentirse atraída por otra niña, que es una especie de doble de su Yo. Es una elección amorosa de tipo narcisista, de amor a un ser con quien se identifica y mediante el cual satisface su amor a sí misma. Normalmente, el ligero matiz sexual de la relación permanece inconsciente, pero la respectiva ternura suele tener carácter erótico. Las relaciones entre muchachas una vez llegada la pubertad son más adultas y complejas. Puede ser una amistad absolutamente sublimada o estar en el plano de un tierno erotismo que puede llegar a tener claramente un carácter sexual. Cuando una muchacha se enamora de una persona mayor, tanto podrá ser de un severo profesor como de un jefe de grupo afectuoso y muy idealizado. Reúne un ideal de perfección en el que no se excluye forzosamente el erotismo. Hay grupitos de amigas que se dan unas a otras nombres masculinos, sin comprender la sexualidad implícita en su ternura. Según H. Deutsch, en forma y contenido, la homosexualidad es la continuación de experiencias de la pubertad, su proyección y elaboración posterior. Estas tendencias pueden estar separadas, pero a veces será un amor plenamente masculino; las tendencias bisexuales pueden estar influidas en sentido masculino por diversas razones psicológicas (miedo a la heterosexualidad, identificación con el padre, el hermano, etc.). Las tendencias homoheterosexuales dependen muy especialmente de sucesos familiares. De este modo, el nacimiento de un nuevo hijo durante la pubertad de la muchacha puede resultar muy traumatizante. En la pubertad el temor al padre puede desencadenar el mecanismo defensivo que describe S. Freud como identificación con el agresor. Las tendencias varoniles de la muchacha pueden ir en aumento; nada tienen que temer de él ya que le iguala en fuerza. A veces, la sublimada relación con el padre supone que la muchacha hace de chico. Al quebrarse la relación, se mantiene en la mujer. Hay tipos de homosexualidad femenina en los que se aprecian huellas de una rechazada nostalgia de la madre. La mujer busca en su objeto de amor homosexual una relación maternofilial, que aprecian más o menos conscientemente.

Para A. Freud en la preadolescencia y adolescencia se producen episodios homosexuales con más o menos regularidad junto a episodios heterosexuales, manifestaciones que en parte hay que considerar como recurrencias de lazos objetales pregenitales, sexualmente indiferenciados, que se tornan activos en la preadolescencia al tiempo que otras muchas actitudes progenitales y preedípicas. A. Freud subraya lo difícil que es pronosticar nada sobre una futura homosexualidad mientras se está produciendo la evolución infantil. Cree que hay factores que pueden posibilitar la homosexualidad; éstos son los siguientes:

— Las tendencias bisexuales, consideradas como componentes de la constitución innata.

— El mantenimiento del esquema narcisista originario.

— La fijación anaclítica del niño al objeto, para quien el sexo es algo secundario.

— La erotización del ano y las normales tendencias pasivas propias de la fase anal.

— La envidia del pene, que en la niña es la base normal de la identificación masculina.

— La sobreestimación del pene en la fase fálica, que dificulta o impide al muchacho aceptar un objeto amoroso “castrado”.

— El complejo de Edipo negativo, que representa una fase homosexual normal en la vida, tanto en niños como en niñas.

Por otra parte, A. Freud señala factores favorables a la evolución heterosexual:

— El aumento de la heterosexualidad, que corresponde a la entrada del muchacho en la fase fálica y el complejo de Edipo de carácter positivo.

— La intensidad del miedo a la castración, que en unos actuará como una fuerza dirigida contra el complejo de Edipo negativo y como barrera contra la homosexualidad.

— Las reacciones aparecidas contra el carácter anal, especialmente el asco.

— La “tendencia a concluir el desarrollo” y la “razón biológica” (E. Bibring), que impulsan a preferir lo normal a lo anormal.

Según Anna Freud, sucesos puramente aleatorios como son accidentes, pérdidas de objeto, facilidad o dificultad de hallar un objeto heterosexual en la adolescencia pueden tener su importancia a la hora de tomar la sexualidad un rumbo u otro. La homosexualidad puede ser provocada por múltiples factores, lo que hace aceptar que —según S. Freud—, “el comportamiento sexual no adquirirá una forma definitiva hasta pasada la pubertad”.

Es indudable que la actuación del ambiente, y fundamentalmente de los padres, tienen capital importancia en las desviaciones sexuales: el tipo de educación dada por los padres induce más o menos conscientemente a hacer determinada elección sexual; los mecanismos de seducción, situación sexual patológica o temprana estimulación sexual del niño (A. M. Johnson y D. B. Robinson), el miedo de los padres a la homosexualidad por su propia postura ante la pasividad u homosexualidad humana (S. Lebovici y L. Kreisler), los mecanismos de imitación o entrenamiento de un grupo en ciertos momentos del desarrollo cuya orientación no está perfectamente definida, búsqueda de afecto y seguridad en algunos momentos del desarrollo. (M. C. Greco, J. C. Wright).

VI. — SADISMO Y MASOQUISMO

El comportamiento sádico y masoquista aparece como agresión-seguridad contra el mecanismo destructor procedente del exterior, en forma de identificación con el agresor. La agresión entre niños no suele ser sino una reacción simbólica para con los padres. S. Freud mostró que el masoquismo es el resultado de una transformación del sadismo, transformación basada en el sentimiento de culpabilidad. Posteriormente admitió la existencia de un masoquismo primario (primitiva tendencia orgánica a la autodestrucción) y un masoquismo secundario (incidencia de la agresividad sobre sí mismo), masoquismo que viene a unirse al anterior. Sea lo que fuere, masoquismo y sadismo van unidos en la personalidad. La primitiva tendencia sádica aparece en la necesidad infantil de chupar y morder (sadismo oral), en la violenta reacción ante

intrusiones ajenas (sadismo anal), que posteriormente se incorporan a la impulsión genital de penetración masculina y a las reacciones ante la penetración sexual. El masoquismo erógeno existe a todo lo largo del desarrollo sexual, como temor a ser devorado por el totem o el padre (masoquismo oral), el deseo de ser golpeado por el padre o el miedo a la castración. Masoquismo y sadismo aparecen siempre, claramente o no, en los fantasmas infantiles.

La complacencia sensual en el dolor algunos autores la describen en sus recuerdos infantiles. En las *Confesiones* al mencionar los castigos que le imponía Mlle. Lambertier, J.-J., Rousseau dice: “Se contentó ella durante algún tiempo con amenazas y la amenaza de un castigo totalmente desconocido para mí me llenaba de pavor. Cuando llegó el castigo me pareció en la realidad menos terrible de lo que fuera a esperarlo. Y lo sorprendente es que el castigo me encariñó más con quien me lo había impuesto... Hallaba en el dolor, incluso en la vergüenza, una mezcla de sensualidad que me había dejado más ansias que temor de verlo venir de la misma mano. Verdad es que con seguridad debía andar por allí metido un temprano instinto sexual, pues ese mismo castigo, recibido de un hermano, no me hubiera producido el menor agrado.”

Hechos traumatizadores en la infancia aparecen igualmente en Sacher Masoch. Masoch asistió involuntariamente a los retozos amorosos de una tía —de la que estaba prendado— con su amante. Incluso fue testigo del correctivo que impuso la infiel a su esposo que se presentó para sorprenderla. Asombrado, hubo de aguantar las injurias y bofetadas de la hermosa mujer, golpes que recibió con agrado. En sus primeros años Masoch estuvo confiado a los cuidados de una nodriza, mujer guapa y fuerte, que seguramente debió tener un carácter sádico. Le contó muchas veces leyendas en que aparecía una mujer cruel que torturaba a los hombres y los hacía morir.

Como dice S. Nacht —manteniéndose en los hechos de la pura observación—, es indudable que la vista o ejercicio de la crueldad es un medio de excitación sexual para los niños, al igual que el dolor. Esto, unido a la ignorancia —que perdurará hasta pasados unos años— del exacto significado de las relaciones sexuales y de la función de los órganos genitales, lleva a una confusión de imágenes y sensaciones que en términos psicoanalíticos recibe el nombre de concepto sádico del coito. Más exacto sería llamarlo concepción sadomasoquista. Por otra parte, la contemplación del coito paterno, de otras personas o —cosa aún más frecuente— de la cópula animal, la interpretan los niños como una crueldad que viene a aumentar su confusión.

En los animales puede haber un masoquismo experimental. Se puede lograr que un gato o un perro busquen y sientan un aparente placer con fuertes conmociones eléctricas, simplemente con que éstas sean o hayan sido componentes de una forma-señal del alimento, de la bebida, indicativo de la supresión de un obstáculo, de una satisfacción sexual o cualquier otra recompensa biológica (Masserman).

VII. — ZOOFILIA Y SODOMÍA

Entre otras anomalías de la elección de objeto tenemos la zoofilia y sodomía.

En las casas públicas griegas y romanas se ofrecía a los clientes animales y mujeres, por más que este tipo de relaciones sexuales fuera uno de los tabús más evidentes tanto en el *Antiguo Testamento* como en el *Talmud*.

En un 8% de los casos de su informe, A. C. Kinsey habla de relaciones con

animales. En la población estudiada por él, no supera el índice del 6% en su momento más activo, entre la adolescencia y los 20 años. Este porcentaje disminuye posteriormente hasta quedarse en un poco más del 1%, una vez pasados los 20 años, y en adelante cada vez es menor. Tiene gran importancia el ambiente vital. Entre los niños criados en la ciudad se cuenta un 4% entre la infancia y los 15 años, mientras que entre los que viven en el campo llega a un 17%, aproximadamente. La tercera parte de quienes han tenido este tipo de relaciones lo han tenido a los 9 años. Entre los 10 y los 12, el número aumenta rápidamente, alcanzando la cota máxima un poco antes de la primera adolescencia.

La frecuencia de la sodomía, según los estudios psiquiátricos, carece de auténtico valor real, ya que dichos estudios únicamente dan cuenta de los infractores aprehendidos por la justicia. Además, pueden llevarnos a conclusiones erróneas, ya que las poblaciones estudiadas están formadas casi exclusivamente por oligofrénicos, esquizofrénicos y alcohólicos. M. Schachter y S. Cotte, entre los 6.000 informes policíacos estudiados en Marsella, tan sólo han encontrado 3 casos de sodomía infantil (0,05%). En su opinión, el estudio de la sodomía infantil señala que este anormal comportamiento no será forzosamente manifestación de un estado degenerativo propiamente dicho. Puede darse en personas de constitución e inteligencia normales y en débiles mentales. Lo que priva es más bien el ambiente psicomésológico, que especialmente en el campo propiciará la imitación de la cópula animal.

VIII. — OTROS TIPOS DE EROTIZACIÓN

Se señalan entre otros:

- La erotización anodigestiva, sumamente frecuente en el niño.
- La erotización de la orina descrita por Havelok Ellis con el nombre de ondinismo.

Ya hemos visto que para algunos autores la enuresis se considera como una polución. Los usos y hábitos urinarios culminan hacia los 10 o 12 años, al aproximarse la pubertad. Para W. Steckel, la complacencia urinaria aparece en un 20% de los adultos normales, para Havelok Ellis alcanza el 40%. El interés por el agua y la orina se observa especialmente en la mujer. Massion-Verniory y E. Dumont señalan la precocidad del placer urinario en 4 casos de ondinismo. Suele darse el placer precoz de orinarse en la cama, el orgasmo unido al acto de orinar, o bien, al contrario, la retención vesical. En una de estas pacientes se advirtió pasión por los juegos con la orina. Trató de imitar a los varones y después adoptó su manera de orinar para producirse el orgasmo. Estuvo orinando de pie hasta los 19 años, en que comenzó a hacerlo con sacudidas, hasta humedecer 18 toallitas, en un auténtico mimetismo de la eyaculación.

BIBLIOGRAFÍA

Las referencias psicoanalíticas fundamentales se encuentran en la bibliografía del capítulo II.

- Ajuriaguerra, J. de y Blanc, C. — Le rhinencéphale dans l'organisation cérébrale. Neurobiologie du système limbique d'après les faits et les hypothèses. En *Les grandes activités du rhinencéphale*, bajo la dirección de Th. Alajouanine, págs. 297-337, vol. II Masson et Cie, edit., París, 1960.
- Akert, K. y Hummel, P. — *Anatomie et physiologie du système limbique*. Hoffman, La Roche, Basilea, 1963.
- Alajouanine, Th. (bajo la dirección de). — *Les grandes activités du rhinencéphale*, 2 vol. Masson et Cie, edit., París, 1960.
- Alby, J. M. — Contribution à l'étude du transsexualisme. *Thèse dactyl.*, París, 1956. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1959, 4/1-2, 52-62.
- Alsteens, A. — La masturbation chez l'adolescent. Desclée de Brouwer, Brujas, Bélgica, 1967.
- Anastasopoulos, G., Diakoyiannis, A. y Routsonis, K. — Three cases of temporal lobe epilepsy with endocrinopathy. *J. Neuropsychiat.*, 1959, 1, 65-76.
- Baker, H. J. y Stoller, R. J. — Sexual psychopathology in the hypogonadal male. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, 18, 631-634.
- Bakwin, H. y Bakwin, R. M. — Sex problems. En *Clinical management of behavior disorders in children*, págs. 427-443. 3.ª ed., W. B. Saunders Co., Filadelfia-Londres, 1966.
- Balint, M. — Le médecin, son malade et la maladie. P.U.F., París, 1961.
- Ball, J. R. B. — A case of hair fetishism, transvestism, and organic cerebral disorders. *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44, 249-253.
- Bard, P. — The Hypothalamus and sexual behaviour. *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, 1940, 20, 551-579.
- Basquin, M. y Trystram, D. — L'exhibitionnisme chez l'adolescent. *Pédo-Psychiatrie*. Supl. de la *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1966, págs. 61-65.
- Bastide, R. — *Sociologie et psychanalyse*. P.U.F., París, 1950.
- Beach, F. A. — A review of physiological and psychological studies of sexual behaviour in mammals. *Physiol. Review*, 1947, 27, 240.
- Beach, F. A. — Hormonal factors controlling the differentiation, development, and display of copulatory behavior in the ramster-gig and related species, 249-296. En: *The biopsychology of development*, Tobach, E., Aronson, L. R., y Shaw, E., dirs.; Academic Press, Nueva York y Londres, 1971.
- Beauvoir, S. de. — *Le deuxième sexe*. 2 vols. Gallimard, París, 1950.
- Bell, A. — Some observations on the role of the scrotal sac and testicles. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1961, 9, 261-286.
- Bénassy, M. P. — Interprétation de la théorie psychanalytique de l'instinct. En *L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme*, págs. 703-744. Masson et Cie, edit., París, 1956.
- Bender, L. y Grugett, A. E. — A Followup report on children who had atypical sexual experience. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1952, 22, 825.
- Bender, L. y Paster, S. — Homosexual trends in children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1941, 11, 730.
- Benjamin, H. — *The transsexual phenomenon*. The Julian Press, Inc., Publ., Nueva York, 1966.
- Benoît, J. — Etats physiologiques et instincts de reproduction chez les oiseaux. En *L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme*. Masson et Cie, edit., París, 1956.
- Berge, A. — *L'éducation sexuelle chez l'enfant*. P.U.F., París, 1952.
- Bleuler, M. y Hess, R. — *Endokrinologische Psychiatrie*. G. Thieme, Stuttgart, 1954.
- Blos, P. — Comments on the psychological consequence of cryptorchism: a clinical study. *Psychoanal. Study Child*, 1960, 15, 395-429.
- Blos, P. — The initial stage of male adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1965, 20, 145-164.
- Blos, P. — Les adolescents. (Essai de psychanalyse.) Stock, París, 1967.
- Blum, G. S. — *Les théories psychanalytiques de la personnalité*. P.U.F., París, 1955.
- Bonaparte, M. — *Psychanalyse et biologie*. P.U.F., París, 1952.
- Boulard, P., Lauture, H. de, Vandoren, M., Jobard, P., Michel, J., Teste, G. y Corbel, D. — Considérations neuro-psycho-sociales à

- propos d'un cas d'intersexualité. *Sem. Hôp.*, 1968, 44/3, 191-197.
- Broster, L. R., Allen, C. y otros: *The adrenal cortex and intersexuality*. Chapman and Hall, Londres, 1938.
- Brun, R. — *Traité général des névroses. Biologie, psychanalyse et hygiène mentale des troubles psychosomatiques*. Payot, Paris, 1956.
- Burgermeister, J. J. — Contribution à l'étude d'un type familial d'intersexualité. *J. Génét. Hum.*, 1953, 2, 51-82.
- Carrier, C. G. — Les aspects psychiatriques du syndrome de Klinefelter. *Thèse, Lyon*, 1970.
- Clément, R. — Le praticien devant l'ambiguïté sexuelle chez la petite fille. *Presse méd.*, 1968, 76/21, 1013.
- Conn, J. H. — Sexual curiosity of children. *Amer. J. Dis. Child.*, 1940, 60, 1110.
- Conn, J. H. — Children's awareness of sex differences. *J. Child Psychiat.*, 1947, 1, 3.
- Conn, J. H. — Children's awareness of the origin of babies. *J. Child Psychiat.*, 1948, 1, 140.
- Connor, D. V. y McGeorge, M. — Psychological aspects of accelerated pubertal development. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1965, 6, 161-177.
- Cytryn, L., Cytryn, E. y Rieger, R. E. — Psychological implications of cryptorchism. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 131-165.
- Chapmann, A. H., Saslow, G., y Watson, F. — Pseudo-hermaphroditism. *Psychosomat. Med.*, 1951, 13, 212-219.
- Charaton, F. B. y Galef, H. — A case of transvestism in a six-year-old boy. *J. Hillside Hosp.*, 1965, 14, 165-171.
- Chasseguet-Smirgel, J., Luquet-Parat, C. J., Brunberger, B., McDougall, J., Torok, M. y David, C. — *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*. Payot, Paris, 1964.
- Chemke, J., Carmichael, R., Stewart, J. M., y Robinson, A. — Familial XY gonadal dysgenesis. *J. med. Genet.*, 1970, 7, 105-111.
- Christodorescu, D. — Female transsexualism. *Psychiatria clinica*, 1971, 4, 40-45.
- Dalton, K. — Antenatal progesterone and intelligence. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114, 1377-1382.
- David, L. — Étude du pseudo-hermaphrodisme mâle chez l'enfant et l'adolescent. *Thèse n.º 272, Lyon*, 1970.
- David, M., Ajuriaguerra, J. de y Bonis, A. — Les pubertés précoces dans les tumeurs cérébrales. *Sem. Hôp. Paris*, 1957, 33/67, 3935-3958.
- Debré, R. y Lelong, M. — *Pédiatrie*. Flammarion, ed., Paris, 1952.
- Delcourt, M. — *Hermaphrodite. Mythes et rites de la bisexualité dans l'antiquité classique*. P.U.F., Paris, 1958.
- Deutsch, H. — *La psychologie des femmes*. P.U.F., Paris, 1949.
- Ehrhardt, A. A. y Money, J. — Progestin-induced hermaphroditism: IQ and psychosexual identity in a study of ten girls. *J. Sex. Res.*, 1967, 3, 83-100.
- Ehrhardt, A. A., Epstein, R., y Money, J. — Fetal androgens and female gender identity in the early-treated adrenogenital syndrome. *Johns Hopkins Med. J.*, 1968, 122, 160-167.
- Ehrhardt, A. A., Greenberg N., y Money, J. — Female gender identity and absence of fetal gonadal hormones: Turner's syndrome. *Johns Hopkins Med. J.*, 1970, 126, 237-248.
- Ellis, H. — *Studies in the psychology of sex*. Random House, Nueva York, 1936.
- Ellis, A. — The sexual psychology of human hermaphrodites. *Psychosom. Med.*, 1945, 7, 108-125.
- Ellis, A. y Abarbanel, A. (ed. por). — *The encyclopedia of sexual behavior*. Publ. Hawthorn Books, Inc., Nueva York, 1961.
- Epstein, A. W. — Fetishism: A study of its psychopathology with particular reference to a proposed disorder in brain mechanisms as an etiologic factor. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 130, 107-119.
- Epstein, A. W. — Relationship of fetishism and transvestism to brain and particularly to temporal lobe disfunction. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1961, 133, 247-253.
- Ey, H. — Étude 12: Exhibitionnisme, 213-231. Étude 13: Perversité et perversions, 233-340. En *Études psychiatriques*, t. II. Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
- Ferrier, P. E. — Disorders of sexual differentiation, cap. 55. Disorders of sexual maturation, cap. 56. En *Brennemann-Kelley, Practice of Pediatrics*, vol. I. Publ. Harper and Row, Inc., Hagerstown, Maryland, 1967.
- Ferrier, P. E. — Les états intersexuels. *Méd. et Hyg.*, 1970, 934, 1515-1519.
- Finesinger, J. E., Meigs, J. V. y Sulkovitch, H. W. — Clinical, psychiatric and psychoanalytic study of a case of male pseudo-hermaphroditism. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1942, 44, 310-317.
- Forssman, H. — The mental implication of sex chromosome aberration. *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 353-363.
- Francis, J. J. — Passivity and homosexual predisposition in latency boys. *Bull. Phila. Ass. Psychoanal.*, 1965, 15, 160-174.
- François, R., David, L. — Les ambiguïtés sexuelles chez le nourrisson et chez l'enfant. *Concours méd.*, 93/48, 7876-7888.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968.
- Fromm, E. — *The fear of freedom*. Nueva York, 1941.
- Gager, F. von. — *Die Zeit der geschlechtlichen Reifung. Seelenleben und Seelenführung*. T. 4, Francfort, 1964. Trad. ingl.: The problem of onanism, Cork, 1964.
- Garron, D. C. y Van der Stoep, L. R. — Personality and intelligence in Turner's syndrome. A critical review. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 21, 339-346.
- Gellé, P., Renard, V. y Vandenabech, E. — Quelques réflexions sur le problème de la sexualité au sujet d'un cas d'hermaphroditisme. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, 7, 432.
- Gesell, A. e Ilg, F. L. — *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*. P.U.F., Paris, 1961.
- Gillespie, W. H. — Symposium on homosexuality. *Int. J. Psychoanal.*, 1964, 41, 571-584.
- Greco, M. C. y Wright, J. C. — The correctional institution in the etiology of chronic homosexuality. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1944, 14, 295.
- Green, J. D. — Véase Alajouanine.
- Green, R. y Money, J. — Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 131, 160-168.
- Green, R. y Money, J. — Effeminacy in prepubertal boys. *Pediatrics*, 1961, 27, 286-291.
- Green, R., Money, J., dirs. — *Transsexualism and sex reassignment*. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1969.
- Greenblatt, R. B., Leng, J.-J. — Factors influencing sexual behavior. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 1972, 20, 2, 49-54.
- Greenson, R. R. — A transvestite boy and a hypothesis. *Int. J. Psychoanal.*, 1966, 47, 396-403.
- Gügler, A. — Die erziehlliche Behandlung jugendlichen männlicher Onanisten, *Arbeiten aus dem Heilspedagogischen Seminar der Universität Freiburg, Schweiz*, Heft 12, Lucerna, 1942.
- Gunn-Sechehay, A. — Le transsexualisme. *Méd. et Hyg.*, 1965, 23/686, 460-462.
- Guyot, J. — Caryotype 46, XX et phénotype masculin: à propos de deux observations "d'hommes XX". *Thèse de médecine, Paris*, 1971.
- Halley des Fontaines, J. — *La notion d'androgynie dans quelques mythes et quelques rites*. Le François, Paris, 1938.
- Halverson, H. M. — Genital and sphincter behavior of the male infant. *J. Genet. Psychol.*, 1940, 56, 95-136.
- Hamblen, E. C., Carter, F. B. y Zanartu, J. — Male pseudo-hermaphroditism: Some endocrinological and psychosexual aspects. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1951, 61, 1-19.
- Hampson, J. G. y Money, J. — Idiopathic sexual precocity in the female: Report of 3 cases. *Psychosom. Med.*, 1955, 17, 16-35.
- Harrison, S. I., Cain, A. C. — The childhood of a transsexual. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, 19, 28-37.
- Henry, G. W. — *All the sexes*. Rinehart and Co., Nueva York, 1955.
- Hesnard, A. — *Manuel de sexologie normale et pathologique*. 3.ª ed., Payot, Paris, 1959.
- Heuyer, G. y Lebovici, S. — L'exhibitionnisme chez l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1954, 2, 139-144.
- Horney, K. — *Les voies nouvelles de la psychanalyse*. L'Arche, edit., Paris, 1953.
- Huschka, M. — The incidence and character of masturbation threats in a group of problem children. En: *Contemporary psychopathology*; Tomkins, S. S., dir., Harvard Univ. Press, Cambridge, 1944.
- Ionescu, B., Maximilian, C., y Bucur, A. — Two cases of transsexualism with gonadal dysgenesis. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 119, 311-314.
- Isaacs, S. — *Social development in young children*. Routledge, Londres, 1933.
- Jasper, H. H., Gloor, P. y Milner, B. — Higher functions of the nervous system. *Amer. Review of Physiol.*, 1956, 18, 359-386.
- Job, J. C. — Glandes sexuelles. En Debré, R. y Lelong, M., *Pédiatrie*, págs. 1659-1667. Flammarion, edit., Paris, 1962.
- Johnson, A. M., y Robinson, D. B. — The sex deviant (sexual psychopath). Causes, treatment and prevention. *J.A.M.A.*, 1957, 164, 1559.
- Josso, N., Frézal, J., Pellerin, D., Cukier, J., Nézelof, C., Grouchy, J. de, Lamy, M. — Hypospadias et cryptorchidie: Expression

- possible d'une intersexualité, à propos de 11 observations personnelles. *Presse méd.*, 1966, 74/39, 1999-2004.
- Kallman, F. J. — Comparative twin studies of genetic aspects of male homosexuality. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1952, 115, 283-298.
- Kenyon, F. E. — Studies in female homosexuality. VI. The exclusively homosexual group. *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44/3, 224-237.
- Kestenberg, J. S. — Phases of adolescence: 1.^a parte. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 426-463.
- Kestenberg, J. S. — Phases of adolescence: 2.^a parte. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 577-614.
- Kestenberg, J. S. — Phases of adolescence: 3.^a parte. Puberty growth, differentiation, and consolidation. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/1, 108-151.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. — *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders Co., Filadelfia. Trad. Rayonnement de la pensée, Paris, 1948.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. y Gebhart, P. H. — *Sexual behavior in the human female*. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1953.
- Klein, Marc. — Aspects biologiques de l'instinct reproducteur dans le comportement des mammifères. En *L'instinct dans le comportement des animaux et des hommes*. Masson et C^{ie}, edit. Paris, 1956.
- Kolarsky, A., Freund, K., Machek, J. y Polak, O. — Male sexual deviation. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 735-743.
- Kreisler, L. — Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Étude psychopédagogique. *Psychiat. Enf.*, 1970, 13, 1, 5-127.
- Kris, E. — Some comments and observations on early autoerotic activities. *Psychoanal. Study Child*, 1951, 6, 95-116.
- Lampl-de-Groot, J. — On masturbation and its influence on general development. *Psychoanal. Study Child*, 1960, 15, 95-103.
- Launay, C., Meer, G. y Daymas, S. — Problèmes psychologiques posés par le choix du sexe. *Arch. franç. Pédiat.*, 1966, 20/3, 715.
- Lebovici, S. y Kreisler, L. — L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1965, 8, 57-134.
- Levin, S. M., Balistrieri, J., Schukit, M. — The development of sexual discrimination in children. *J. Child Psycho. Psychiat.*, 1972, 13, 47-53.
- Levine, M. I. — Pediatric observations on masturbation in children. *Psychoanal. Study Child*, 1957, 6, 117.
- Levine, S. — The influence of hormones in infancy on central nervous system organization, 29-43. En: *Hormones et Comportement*; Klotz, H. P., (bajo la dir. de). Expansion scientifique française, 1970.
- Lewis, V. G., Ehrhardt, A. A., Money, J. — Genital operations in girls with adrenogenital syndrome, subsequent psychologic development. *Obstet. Gynec.*, 1970, 36, 5-11.
- Lilar, S. — *Le malentendu du deuxième sexe*. P.U.F., 1969.
- Maccoby, E. E., dir. — *The Development of Sex Differences*. Stanford University Press, Stanford, Cal., 1966.
- Malinowski, B. — *La vie sexuelle des sauvages du Nord-Ouest de la Mélanésie*. Payot, Paris, 1930.
- Malinowski, B. — *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*. Payot, Paris, 1932.
- Marañón, G. — *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Morata, Madrid, 1930. Trad. francesa: *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*. Gallimard, Paris.
- Masica, D. N., Money, J., Ehrhardt, A. A., y Lewis, V. G. — IQ, fetal sex hormones and the cognitive pattern: studies in the adrenogenital syndrome. *Johns Hopkins Med. J.*, 1969, 124, 34-43.
- Masserman, J. — Principes de psychiatrie dynamique. Masson & C^{ie}, Edit., Paris, 1956.
- Massion-Verniory, L. y Dumont, E. — A propos de quatre cas d'ondinisme. *Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 1958, 58/6, 446-459.
- Michael, R. P., ed. — *Endocrinology and human behaviour*. Oxford Univ. Press, Londres, Nueva York, 1968.
- Michaux, L., Duché, D. J. y Moor, L. — Aspects psychologiques et psychiatriques du syndrome de Turner. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15/9, 689-694.
- Money, J. — Too early puberty. *Sexology*, 1961, 28, 154-157 y 250-253.
- Money, J. — Factors in the genesis of homosexuality. En Winokur G., ed., *Determinants of human sexual behavior*, páginas 19-43. Ch. Thomas, Springfield, Ill., 1963.
- Money, J. — *Sex errors of the body: Dilemmas, education and counseling*. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1968.

- Money, J. — Psychologic counselling hermaproditism: 539-544. Psychologic aspects of endocrine and genetic diseases in children: 1004-1014. En *Endocrine and genetic diseases of childhood*. Ed. por L. I. Gardner. Publ. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1969.
- Money, J. y Alexander, D. — Psychosexual development and absence of homosexuality in males with precocious puberty. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1969, 148/2, 111-123.
- Money, J., Drash, P. W. y Lewis, V. — Dwarfism and hypopituitarism: Statural retardation without mental retardation. *Am. J. Ment. Deficiency*, 1967, 72, 122.
- Money, J. y Granoff, D. — I.Q. and the somatic stigmata of Turner's syndrome. *Amer. J. of mental deficiency*, 1965-1966, 70, 69-77.
- Money, J., Hampson, J. G. y Hampson, J. L. — Hermaphroditism, recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1955, 97, 284-300.
- Money, J. y Meredith, T. — Elevated verbal I.Q. and idiopathic precocious sexual maturation. *Pediat. Res.*, 1967, 1, 59-65.
- Money, J. — Pituitary-adrenal and related syndromes of childhood: effects on IQ and learning. *Progr. Brain Res.*, 1970, 32, 295.
- Money, J. — Sex reassignment. *Int. J. Psychiat.*, 1970-1971, 9, 249-269, 281-282.
- Money, J., Ehrhardt, A. A., y Masica, D. N. — Fetal feminisation induced by androgen insensitivity in the testicular feminizing syndrome: Effect on marriage and maternalism. *Johns Hopkins Med. J.*, 1968, 123, 105-114.
- Moor, L. — Intelligence et facteurs spécifiques dans le syndrome de Turner (Revue de la littérature). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1969, 17/8, 545-556.
- Moor, L. — Aspects psychologiques et psychiatriques des dysgonosomies féminines (syndrome de Turner et syndrome triplo X). *Ann. méd. psychol.*, 1972, 130, 3, 357-368.
- Mutrux, S. — *Déviations sexuelles masculines*. Doin et C^{ie}, Paris, 1965.
- Nacht, S. — *Le masochisme*. Payot, Paris, 3.^a ed., 1965.
- Nagera, H. — Autoerotism, autoerotic activities and ego development. *Psychoanal. Study Child*, 1964, 19, 240-255.
- Newman, L. E. — Transsexualism in adolescence. Problems in evaluation and treatment. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1970, 23, 112-121.
- Nielsen, J. — Klinefelter's syndrome and the XYY syndrome. *Acta Psychiat. Scand.*, suppl. 209, 45, 1969.
- Nielsen, J. — Criminality among patients with Klinefelter's syndrome and the XYY syndrome. *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 365-369.
- Nielsen, J., Bjarnason, S., Friedrich, U., Froiland, A., Hansen V. H., y Sorensen, A. — Klinefelter's syndrome in children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1970, 11, 109-119.
- Norris, A. S. y Keettel, W. C. — Change of sex role during adolescence. *Amer. J. Obst. Gyn.*, 1962, 84, 719-721.
- Novelletto, A. — La masturbation chez l'enfant. *Revue critique. Psychiat. Enf.*, 1961, 4/1, 299-311.
- Novelletto, A. — Considerazioni sulla masturbazione infantile. *Infanzia anormale*, 1959, 35, 838.
- Overzier, C. — *Die Intersexualität*, 560 págs. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1961.
- Pauly, I. — Male psychosexual inversion: transsexualism. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, 13, 172-181.
- Pézar, A. — Le conditionnement physiologique des caractères sexuels secondaires chez les oiseaux. *Bull. Biol. franç. et belg.*, 1918, 52, 1-176.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et C^{ie}, edit., Paris, 3.^a edic., 1965.
- Pozzi, S. — Neuf cas personnels de pseudohermaphrodisme. *Rev. Gynec. Chir. abdom.*, Paris, 1911, 16, 269.
- Rappaport, R. — Le syndrome de Turner. *Sem. Hôpit. Paris, Ann. Pédiat.*, 1966, 42/11/3, 703-223-709-229.
- Robbe, H. y Girard, Cl. — Le sexe cytologique et ses relations avec la psychopathologie Sexuelle. *L'Encéphale*, 1959, 48, 5-45.
- Rocheblave-Spenle, A. M. — Rôles masculins et rôles féminins dans les états intersexuels. *Evolution psychiatrique*, 1954, 19, 281-312.
- Rothchild, E., y Owens, R. P. — Adolescent girls who lack functioning ovaries. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1972, 11, 88-113.
- Rouart, J. — *Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence*. P.U.F., Paris, 1954.
- Routier, G., Ernst, J., y Paget, M. — Le transsexualisme: valeur respective des déterminants biologiques et psychiques. A propos de deux observations. *Sem. Hôp.*, 1970, 46, 14, 947-952.

- Schachter, M. — Étude d'un cas de travestisme chez un garçonnet impubère. *Rev. Psychiat. infant.*, 1959, 26/4, 117-122.
- Schiavi, E. y Frighi, L. — Un caso di travestimento in una bambina di otto anni. *Infanzia Anormale*, 1956, 15, Nueva Serie: 3-10.
- Schreiner, L. y Kling, A. — Effects of castration on hypersexual behavior induced by rhinencephalic injury in cat. *J. Neurol. Psychiat.*, 1953, 72/2, 180-186.
- Schwalbe-Hansen, P. A. — Sex delinquency in puberty. *Acta Psychiat. Neurol.*, supl., 1947, 47, 287-293.
- Schwarz, O. — *Psychologie sexuelle*. P.U.F., París, 1952.
- Sears, R. R. — Survey of objective studies of psychoanalytic concepts. Bull. 51. *Social Science Research Council*, Nueva York, 1943.
- Soulairac, A. y Soulairac, M.-L. — Les bases neurophysiologiques de l'instinct sexuel, 63-93. En: *Hormones et comportement*; Klotz, H. P. (bajo la dir. de). Expansion scientifique française, 1970.
- Sperber, M. A., Salomon, L., Collins, M. H., y Stambler, M. — Childhood schizophrenia and 47, XXY Klinefelter's syndrome. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128, 11, 1400-1408.
- Sperling, M. — A study of deviate sexual behavior in children by the method of simultaneous analysis of mother and child. En *Dynamic Psychopathology in Childhood*, págs. 221-242. Ed. por L. Jessner y Pavenstedt. Publ. Grune and Stratton, Nueva York, 1959.
- Sperling, M. — Fetishism in children. *Psychoanal. Quart.*, 1963, 32, 374-392.
- Sperling, M. — The analysis of boy with transvestite tendencies. *Psychoanal. Study Child*, 1964, 19, 470-493.
- Spitz, R. — Autoerotism re-examined: The role of early sexual behavior patterns in personality formation. *Psychoanal. Study Child*, 1962, 17, 283-315.
- Spitz, R. — Vers une réévaluation de l'auto-erotisme. *Psychiat. Infant.*, 1964, 7, 269-297.
- Spitz, R. y Wolf, K. M. — Autoerotism. *Psychoanal. Study Child*, 1949, 3-4, 85-120.
- Staehlin, J. E. — Untersuchungen an 70 Exhibitionisten. *Z. Neurol. Psychiat.*, 1926, 102/3-4, 464-547.
- Stern, C. — Principles of human genetics. Freeman and Co., 1950.
- Stoller, R. J. — The hermaphroditic identity of hermaphrodites. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1964, 139, 453-457.
- Stoller, R. J. — A contribution to the study of gender identity. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1964, 45, 220-226.
- Stoller, R. J. — *Sex and gender*. New York, Science House; London, Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, edit., 1968.
- Stoller, R. J. — The mother's contribution to infantile transvestic behaviour. *Int. J. Psychoanal.*, 1966, 47, 384-395.
- Stoller, R. J. — Male childhood transsexualism. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/2, 193-209.
- Stoller, R. J. — Psychotherapy of extremely feminine boys. *Int. J. Psychiat.*, 1970-1971, 9, 278-280.
- Tausk, V. — On masturbation. *Psychoanal. Study Child*, 6, 1951, 61-79.
- Terzian, H. y Dalle-Ore, G. — Syndrome of Klüver and Bucy reproduced in man by bilateral removal of temporal lobes. *Neurology*, 1955, 5, 373-380.
- Thamdrup, E. — Precocious sexual development; a clinical study of 100 children. Munksgaard, edit., Copenhagen, 1961.
- Thomas R., Folkart, L., y Model, E. — The search for a sexual identity in a case of constitutional precocity. *Psychoanal. Study Child*, 1963, 18, 636-662.
- Thompson, C. — Psychoanalysis: Evolution and development. Hermitage, Nueva York, 1950. Trad. franc.: Gallimard, París, 1956.
- Tinbergen, N. — *L'étude de l'instinct*. Payot, París, 1953.
- Tusques, J. — Le problème psycho-glandulaire (histophysiologie et psychologie). *Evol. psychiat.*, 1939, 11, 13-42.
- Vague, J. — *La différenciation sexuelle humaine*. Masson et C^{ie}, edit., París, 1953.
- Vogt, J. H. — Five cases of transsexualism in females. *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44/1, 62-88.
- Walinder, J. — *Transsexualism. A study of forty-three cases*. Scandinavian University Books. Akademiförlaget, Göteborg.
- Wilkins, L. — *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence*. Thomas, Springfield, Ill., 3.^a ed. 1965.
- Winch, R. F. — The theory of complementary needs in mate selection. *Amer. Sociol. Review.*, 1955, 20, 552-555.
- Winokur, G. y Holemon, E. — Chronic anxiety neurosis: Clinical and sexual aspects. *Acta Psychiat. Scand.*, 1963, 39, 384-412.

- Worden, F. G. y Marsh, J. J. — Psychological factors in men seeking sex transformation. *J.A.M.A.*, 1955, 157, 1292-1298.
- Wulff, M. — Fetishism and object choice in early childhood. *Psychoanal. Quart.*, 1946, 15, 450-471.
- Züblin, W. — Zur Psychologie des Klinefelter-Syndroms. *Acta Endocr. (Khh.)*, 1953, 14, 137.
- Zuckerman, S. — *La vie sociale et sexuelle des singes*. Gallimard, edit., París, 1937.
- Zuger, B. — Feminine-like behavior present in boys from early childhood. I. The clinical syndrome and follow-up studies. *J. Pediat.*, 1966, 69/6, 1098-1107.
- Les grandes activités du rhinencéphale* (publicado bajo la dirección de Th. Alajouanine). 2 vols., Masson et C^{ie}, ed., París, 1961.
- Die Onanie. Vierzehn Beiträge zu einer Diskussion der "Wiener Psycho-analytischen Vereinigung"*, Wiesbaden, 1912. Reedición fotográfica. Amsterdam, 1965. Los colaboradores son: Dattner, Federn, Ferenczi, Freud, Fridjung, Hitschmann, Rank, Reitler, Rosenstein, Sychs, Sadger, Steiner, Steckel, Tausk.
- Colloque international 1954: Fondation Singer Polignac. L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme*. Masson et C^{ie}, edit., París.

PSICOPATOLOGÍA DE LAS PULSIONES AGRESIVAS

La agresividad del hombre es algo innegable: somos sus eternos testigos y víctimas. No obstante, largo tiempo se pensó que el niño era una criatura pura y blanda y se minimizaron sus reacciones agresivas. En la actualidad, sabemos que desde muy temprano se manifiestan las pulsiones agresivas, y que podemos analizarlas, describirlas y seguir su evolución al tiempo.

Agresión es un término que se suele utilizar muy ampliamente, en el sentido de una aproximación de cosas o personas, o de trato con las fuerzas externas. Este concepto se confunde con las características generales de excitabilidad, actividad e incluso exploración. Como dice O. Klineberg, se trata de conceptos muy generales que no valoran lo positivo o negativo de la agresión, y considera que el concepto de "agresión" lleva implícito el de hostilidad.

El concepto de hostilidad introduce hasta cierto punto un valor negativo, mientras que el de agresividad —"estar frente a"— puede tener valor de diálogo y, en determinadas condiciones, resultar constructivo.

Puede darse el caso en que haya que distinguir entre agresividad y agresión. La agresividad es uno de los componentes afectivos humanos. Está en el hombre. Se manifiesta más o menos veladamente. Entra dentro del potencial de acción y de actividad, y la "evitación" no es sino uno de los componentes de la agresión en retirada. La agresividad no siempre se manifiesta a través de la agresión, si ésta ha de ser forzosamente agresión contra otro, sino que también puede ser contra sí mismo.

En la psicología de lengua inglesa actual, se emplean los siguientes términos (B. L. Welch):

"*aggression*" en inglés tiene el mismo sentido que agresión, es decir, *ataque no provocado*, que en el hombre puede ser físico o verbal;

"*agonist behavior*" (conducta agonista) comprende el comportamiento ofensivo y defensivo. Haría falta encontrar un término para definir el contraataque, es decir, la actividad de "réplica" o "respuesta" defensivo-ofensiva que sigue a una agresión provocada por otro;

"*aggresiveness*" es un estado permanente o predisposición constitucional *potencial* agresiva, aunque puede aplicarse también a cualidades como la iniciativa, la ambición, la decisión, el valor.

"*aggressivity*" muchas veces se utiliza como sinónimo de "aggresiveness"; B. L. Welch sugiere utilizarlo únicamente para expresar la predisposición agresiva.

Señalemos que el comportamiento agresivo no corresponde a un concepto único. Así K. E. Moyer distingue por lo menos ocho formas distintas de comportamiento etiquetadas como agresivas cada una de las cuales se funda, según el autor, en un circuito neurológico diferente establecido al comienzo del desarrollo. Agresividad de predación, entre los machos, inducida por el miedo, por irritación territorial, maternal, instrumental e inducida por factores sexuales.

Antes de entrar en la psicopatología de las pulsiones agresivas en el niño hay que estudiar los problemas generales planteados por la agresividad.

I. — PROBLEMAS GENERALES PLANTEADOS POR LA AGRESIVIDAD

1.º Datos etológicos

Pueden darse agresividad y agresión entre especies diversas, pero se dan juntas en el plano de un combate intraespecífico dentro de una misma especie. Trataremos de abordar este problema, tras haber sido estudiado por N. Tinbergen y K. Lorenz, estudios ya clásicos, y más recientemente por I. Eibl y K. Lorenz.

Parece ser que la pugna entre predador y presa no es un auténtico combate; cuando la presa se defiende y planta cara al predador asistimos a una liberación de auténtica agresividad. La pugna entre predador y presa puede semejar un auténtico combate cuando ésta esté en disposición de defenderse realmente. En algunas situaciones, acorralado el animal ya más allá de la "distancia crítica" (H. Hediger), puede reaccionar luchando violentamente, combate motivado por el miedo y que tiene lugar al hacer imposible la huida por la proximidad del peligro.

Estas agresiones pueden producirse en la defensa del "territorio" o por la jerarquía social en el grupo. Sabemos que buen número de animales delimitan un territorio que luego han de defender, que a veces tiene zonas neutras llamadas espacio de acción; mas, según la experiencia de los etólogos, es erróneo creer que los animales dueños de un territorio están en permanente disputa con sus vecinos. Los animales suelen luchar al fundar un territorio y, después cuando un extraño viene a violarlo. No obstante, la posesión de un territorio suele ser condición indispensable para que se dé un comportamiento agresivo, y que su agresividad disminuye al alejarse de su territorio, aun cuando muchos animales están dispuestos a atacar incluso a uno de sus semejantes siempre que —aun fuera de su propio territorio— éste se les acerque demasiado.

La verdadera agresión en una misma especie no sólo se da en la conquista de un territorio o de una hembra, sino también en la eficaz defensa de un nido, de la descendencia o del grupo. Parece demostrado que, aparte de las reacciones agresivas, hay poderosos mecanismos de bloqueo que se manifiestan en la madre frente a los pequeños, en el animal adulto frente a un congénere más joven, en el macho frente a la hembra, en el rival vencedor frente al vencido. Aparte de tales mecanismos bloqueadores existen además:

- un importante mecanismo que a cada combatiente le permite calcular la fuerza del otro y extraer unas consecuencias antes de entablar batalla (fenómeno llamado "postura de amenaza");
- una intimidación cuyo proceso tiene características rituales, que sirve de medio de comunicación;
- una "actitud de sumisión" por parte de uno de los combatientes que hace suspender el combate. En tal caso, se produce un bloqueo provocado al presentar la parte más frágil del organismo del animal, en el lobo, por ejemplo, el cuello. A partir de ese momento el lobo vencedor ejecuta, por así decirlo, a su rival, simbólicamente pasa a una postura de intimidación mientras se aleja el vencido.

En los grupos de una especie animal se advierten estructuras jerárquicas que pueden crearse a

raíz de combates reales, de amenazas reales o simbólicas, de sumisión sin combate, etc. El estudio de ciertos grupos de volátiles señala que el macho dominante suele ir rodeado de otros machos; se mantienen las hembras en un sistema jerárquico escalonado por individuos y establecido en función del número de picotazos recibidos y aceptados y, en ocasiones, de los favores concedidos por el macho al unirse a una hembra de su elección. En cuanto se refiere a la agresividad, en algunos chimpancés se han señalado dos formas de grupos en la horda: uno, formado por adultos machos y hembras sin hijos, y otro formado por parejas con hijos. Al estudiar las cornejas, K. Lorenz ha señalado que el dominio no se ejerce sino entre individuos de rangos cercanos, siendo tolerados por los superiores los que están en la parte inferior de la escala. Cuando una hembra que ocupa en el orden social un puesto relativamente humilde se une a un macho de alto rango, a partir de ese instante se considera su puesto tan importante como el de su compañero, y una vez formada la pareja la hembra se torna agresiva con respecto a los demás miembros de la colonia. Señalemos que un concurrente puede derrocar a un animal dominante, que el rango no siempre viene impuesto por la fuerza física sino, a veces, por la "inteligencia" al poner en práctica técnicas aprendidas. La jerarquía dentro de una escala modifica la conducta animal, de forma que, por ejemplo, unos gallos que en el corral están dominados por un déspota, apenas se manifestarán ante las gallinas, incluso una vez desaparecido su perseguidor ("psicología de castración", de Guhl). No nos vamos a extender en las aportaciones de la etología, sino que indicaremos al lector que para ello utilice las obras especializadas; las teorías generales que se extraen como conclusión se estudiarán al concluir el presente capítulo.

2.º Datos fisiológicos

Para P. Karli, el fisiólogo no estudia el "instinto" agresivo, sino las conductas agresivas. No le corresponde emitir juicios de valor sobre tal o cual conducta agresiva. En definitiva para P. Karli no existe razón alguna para pensar *a priori* que todos los comportamientos agresivos proceden de una motivación única.

Una preparación fisiológica puede producir en el animal seudorreacciones afectivas de expresión emocional (*sham rage*), reacciones que persisten en el caso de "preparaciones crónicas decortizadas". Se admite que la zona posterior del hipotálamo es indispensable para que se produzca este fenómeno; las crisis de falsa rabia no se dan en preparaciones mesencefálicas. La estimulación eléctrica de la región hipotalámica posterior (en el animal intacto) reproduce manifestaciones seudoafectivas idénticas a las observadas en el animal decorticado. Las estructuras cuya excitación provoca este comportamiento se concentran en torno a los tubérculos mamilares, del hipotálamo posterior y del núcleo hipotalámico ventromediano (P. Bard, S. W. Ranson, W. R. Hess). Cuando las manifestaciones obtenidas mediante este tipo de estímulos se consideran como manifestaciones seudoafectivas, W. R. Hess cree que el estímulo eléctrico de una región que va de los tubérculos mamilares al tegmentum del mesencéfalo puede ocasionar agresiones al observador, que a su vez difieren de los iterativos automatismos de la seudorrabia.

Por otra parte, las estimulaciones eléctricas o la destrucción de estructuras de la zona rinencefálica (B. R. Kaada, H. Gastaut, P. D. McLean, P. Passouant y otros, etc.) también ocasionan importantes cambios en la conducta, que puede llegar incluso al furor agresivo, o bien, en condiciones experimentales, una disminución de las reacciones emocionales ante estímulos nociceptivos, que, en casos como el producido por la posdescarga amónica (P. Passouant) hacen desaparecer la agresividad y dan origen a una reacción de placer.

A partir de P. Karli se piensa que el comportamiento del organismo ha conseguido su adaptación fisiológica actual, principalmente por la modificación de los mecanismos hipotalámicos, mientras que la integración del comportamiento en una "biografía" depende del sistema límbico.

En opinión de J. M. R. Delgado, la contradicción aparente de los hechos señalados en la literatura, probablemente se debe a la existencia de dos tipos de fenómenos: la seudorrabia y la rabia auténtica, con sus estados intermedios.

B. R. Kaada, aun aceptando que la estimulación de ciertas regiones puede provocar la agresividad, señala que los núcleos ventromediales del hipotálamo ejercen una acción inhibitoria sobre la

conducta agresiva. A este respecto J. M. R. Delgado ha comprobado que esta agresividad puede desaparecer inmediatamente en el mono rhesus, animal muy agresivo y peligroso, si se estimula eléctricamente la parte más anterior del núcleo caudado. Durante el periodo de excitación de estos núcleos puede tocarse sin ningún peligro la cara, el cuerpo y el hocico de estos animales; una vez suprimida la estimulación se vuelve peligroso de nuevo.

Se ha precisado el problema por medio de investigaciones con primates en grupo, utilizando el método del estimuloceptor que permite estimular el cerebro por radio y recoger señales eléctricas procedentes de la actividad cerebral, mientras los sujetos de experiencia se comportan libremente (J. M. R. Delgado y cols., B. W. Robinson y cols.).

La agresividad es un fenómeno social, y su estudio aplicado a sujetos aislados ofrece dificultades. Puede ser errónea la interpretación antropomórfica del comportamiento de los animales aislados, porque como se ha demostrado experimentalmente, ciertos aspectos aislados de la conducta emocional, como respuestas automáticas, vocalizaciones, expresiones faciales, acciones motoras tónicas y fásicas, han sido provocadas por estimulación cerebral, sin producir ningún conflicto social. R. Plotnik, D. Mir, y J. M. R. Delgado encontraron cierto número de puntos en la región subcortical y límbica con "propiedades reforzantes negativas" en los que es posible provocar la agresividad. Otros puntos de "estimulación neutra o positiva" suprimen la agresión.

El comportamiento agresivo provocado por la estimulación del cerebro puede reconocerse por la presencia de los siguientes elementos (J. M. R. Delgado):

- manifestaciones externas que consisten en gestos y posturas amenazadoras y actividades de ataque;
- un comportamiento recíproco que afecta a los animales por pares con aparición de enfrentamientos, estableciéndose entre ellos jerarquías sociales que se manifiestan en signos de dominio y sumisión;
- aparición de sentimientos que se evidencian por la posibilidad de establecer respuestas condicionadas en relación con las propiedades reforzadoras de la estructura cerebral excitada;
- respuestas autónomas, vocalizaciones y otros efectos que no son habituales durante la actividad agresiva.

Es un hecho conocido que los macacos forman una sociedad autocrática en la que aparece un jefe indiscutible frente a otros sujetos jerárquicamente inferiores. El jefe es temido; come hasta la saciedad, ocupa la mitad de la jaula, mientras que los restantes macacos han de tenderse en la otra mitad. Esta es la situación inicial en el experimento realizado por J. M. R. Delgado; primeramente estimula los núcleos caudados. Una vez producido el estímulo, aparece un cambio en las relaciones sociales de la colonia. Los monos comienzan a moverse sin temor ante el jefe, que permanece tranquilo sentado en un rincón. Mantiene el estímulo durante una hora y observa que esta falta de respeto persiste; pero que al suprimirlo, a los pocos minutos se restablece el orden jerárquico y el jefe se convierte de nuevo en el ser temido y respetado.

La estimulación de las zonas capaces de provocar la agresividad en los animales subordinados no implica necesariamente el ataque al jefe. R. Plotnik y cols., aseguran que cuando existe una relación de dominio-sumisión entre dos animales, solamente resulta agresivo al ser estimulado el animal dominante. Estas conclusiones resaltan la importancia de los factores de aprendizaje y experiencia en el comportamiento agresivo y plantea la cuestión de si la conducta agresiva provocada por estímulo cerebral, no será simplemente resultado del dolor y de la excitación nociceptiva. Estos autores interpretan sus resultados como una prueba en contra de la existencia de un "centro" de la agresividad.

Para otros autores, existe la posibilidad de provocar una agresividad no-nociceptiva estimulando el hipotálamo del mono; bajo la influencia de esta excitación, los monos subordinados atacan a los animales dominantes. Según B. W. Robinson y cols., el mantenimiento de esta agresividad podría conducir a un cambio social permanente en el grupo, invirtiendo su rol las parejas dominante-subordinado; esta opinión modifica notablemente el concepto de la no existencia de un centro de la agresividad.

R. Plotnik y cols., establecen una distinción entre la agresividad secundaria, que surge a conse-

cuencia de un estímulo doloroso y la agresividad primaria que aparece y continúa mientras dura el estímulo cerebral. Concluyen equiparando la agresividad producida por la estimulación cerebral de regiones que tienen propiedades desagradables, es decir, cuya excitación resulta dolorosa, a la agresividad secundaria. Estos resultados están en relación directa con los trabajos sobre provocación de conductas agresivas por estimulación dolorosa del pie y otros métodos, así como con la teoría emitida por J. P. Scott según la cual la función de adaptación fundamental de la lucha consiste en la defensa frente a una lesión real o frente a una amenaza.

Por el contrario, B. W. Robinson y cols., estimulando ciertos puntos hipotalámicos, obtienen efectos en muchos casos no-nociceptivos, relacionados con el estímulo y que permiten manipular la duración e intensidad de la respuesta.

En 1952, E. D. Brody y H. E. Rosvold habían demostrado la influencia de la lobotomía en las interrelaciones sociales y en las modificaciones jerárquicas de un grupo de monos.

En el hombre está demostrado que las lobotomías prefrontales y algunas técnicas de topectomía (especialmente las cingulares anteriores) disminuyen la agresividad. Otros tipos de intervenciones (cingulotomía, reticulotomía, mesencefálica, fornicotomía, talamotomía, hipotálamo, amigdalectomía) se han utilizado para paliar las alteraciones conductuales. V. H. Mark y F. R. Ervin (1970) al revisar la literatura sobre el tratamiento quirúrgico de la conducta violenta, encuentran que la destrucción bilateral de ambas amígdalas se ha empleado en gran número de países. En 1966 K. Sano (y otros cirujanos japoneses) inciden directamente sobre el hipotálamo utilizando su técnica quirúrgica estereotáctica; realizan pequeñas lesiones destructivas en la parte posterior del hipotálamo con el fin de reprimir la conducta agresiva en niños con lesiones cerebrales; consideran esta intervención de mayor eficacia que la destrucción de las amígdalas. También se han demostrado eficaces las lesiones estereotácticas realizadas en el tálamo medio.

En 1972, J. R. Schvarcz y cols., adoptan el tratamiento por medio de lesiones hipotalámicas (bilaterales con intervalo de dos días, excepto en un paciente en que se realizó lesión unilateral) en once pacientes que presentaban episodios graves de hetero y/o autoagresividad. Realizan estas lesiones por electrocoagulación fraccionada en la parte medial de la región hipotalámica posterior, seguida de destrucción eléctrica. Entre los seis y cuarenta y ocho meses siguientes a la operación, comprueban estos resultados: en siete casos encontraron una mejoría notable, en tres casos cierta mejoría resultando posible un control con la ayuda de medicamentos, y un fracaso; los mejores resultados se obtuvieron en pacientes de inteligencia normal, los más pobres en pacientes oligofrénicos e hiperquinéticos.

Se han publicado numerosos trabajos sobre el papel que desempeñan las glándulas endocrinas en la agresividad, sobre todo en relación con la sexualidad y/o la defensa del territorio (J. Benoit; R. Chauvin). F. H. Bronson y C. Desjardins (1971) al revisar el papel de las hormonas en la fisiología de la agresividad en los mamíferos, descubren que la testosterona tiene una acción importante en la expresión de la conducta combativa del adulto, pero que su eficacia para facilitar el comportamiento agresivo depende en gran parte de la presencia de esta hormona durante el período correspondiente al final de la gestación o al comienzo de la vida posnatal. La situación de lucha provoca modificaciones en casi todos los sectores del aparato endocrino de un animal (testosterona, adrenocorticotropina, hormona luteinizante, tirotrópina, glucocorticoides) y además se ha observado que el animal que vence habitualmente en el combate, se adapta mucho más fácilmente, desde el punto de vista endocrinológico, que quien resulta derrotado; este último normalmente queda en un estado de stress fisiológico. En opinión de K. E. Moyer, cada una de las diferentes formas de agresividad está en parte en función de un equilibrio hormonal específico y además el grado de agresividad puede ser directamente modificado mediante cambios endocrinos. P. G. Bourne ha cuantificado los 17-hidroxycorticosteroides en soldados sujetos en línea de combate en Vietnam; estos hombres, conscientes de su superioridad, se adaptaban con facilidad a la situación de lucha; solamente sus oficiales mostraban signos de stress.

Distintos resultados experimentales han aclarado la influencia del aislamiento y/o en ocasiones de la *desaferentación sensorial* sobre la conducta agresiva. P. Karli ha descrito la respuesta muricida provocada en las ratas por desaferentación olfativa; no sólo se desencadena esta actividad muricida en las ratas domésticas, sino que se excitan y muerden enérgicamente el cuerpo de sus víctimas de forma anormal, fenómeno que P. Karli denomina "respuesta compulsiva desinhibida". Este autor ha

demostrado también que la capacidad de la paraclorofenilalanina (un inhibidor de la síntesis de la serotonina) de provocar la actividad muricida en las ratas, es mayor si están aisladas y que estas tendencias que se desarrollan normalmente durante las dos semanas siguientes a una desafe-rentación olfativa, no lo hacen a menos que las ratas estén ubicadas en jaulas individuales.

Se han estudiado también *sustancias farmacológicas* distintas de las hormonas, en relación a su efecto sobre la conducta agresiva (B. L. Welch). Por ejemplo la *d*-anfetamina, o también cualquier inhibidor de la monoaminooxidasa (MAO) combinado con dihidroxifenilalanina (DOPA), provocan en los roedores una conducta de "rabia", si bien poco específica y que no corresponde a ninguno de los *pattern* característicos de la especie para manifestar la agresividad. Se han utilizado pequeñas dosis de *d*-anfetamina y de iproniácida, como antagonistas de la dificultad, producida por la reserpina, para el combate; en condiciones especiales, la pargilina y la *d*-anfetamina, han mostrado efectos facilitadores, aunque ligeros y transitorios, de la aptitud para la lucha. P. Karli ha demostrado que la paraclorofenilalanina puede inducir la actividad muricida en las ratas. Sin embargo, parece que no se ha conseguido ningún ejemplo claro de agresividad normal desencadenada por un medicamento.

El clordiazepóxido, el haloperidol y la difenilhidantoína reducen en ciertos casos la agresividad sin alterar ostensiblemente la actividad motora ni otros aspectos de la conducta. La administración precoz de clorpromacina bloquea la actividad agresiva en el ratón, pero su administración habitual no impide el desarrollo de la agresividad inducida por el aislamiento.

Al comparar los efectos psicológicos presentados por animales agresivos previamente entrenados (habitualmente vencedores), con los que presentan los vencidos, B. L. Eleftheriou encuentra una disminución del ácido ribonucleico cerebral en aquellos animales que sufrieron las derrotas. Por su parte, A. S. Welch y B. L. Welch, estudiando el sistema bioquímico cerebral de las aminas biógenas —sin duda implicado en la neurotransmisión—, encuentran que si se permite a los ratones pelear cada día durante un período corto, se elevan los niveles cerebrales de noradrenalina y dopamina.

3.º Discusión de los datos aportados por la fisiología y la etología

La etología nos muestra que en el reino animal hay comportamientos y actos de agresividad o defensivos muy diferenciados, que responden a mecanismos desencadenantes e inhibidores, modelos de acción muy integrados en cada especie. Por otra parte, la fisiología nos muestra igualmente la existencia de una organización cerebral que permite a la agresividad, si no producirse, al menos expresarse, y que si bien no cabe hablar de centros de la agresividad, sí cabe afirmar la existencia de un circuito cuya lesión o excitación provocan reacciones agresivas. Los estudios fisiológicos han mostrado que al estimular determinadas regiones cerebrales se llega a una descarga en que el animal no sólo expresa su emoción, sino en que incluso experimenta dicha emoción. De hecho, nada nos permite afirmar que experimentado signifique en este caso integrado en la personalidad. El fenómeno parece "impulsado" como una cólera normal, pero no podemos afirmar que sea vivido como tal. Por otra parte, es sabido que los restantes animales reaccionan en determinados casos como si su agresividad fuera espontánea, por un lado, aparte de que sus consecuencias, ya sea por más o por menos, cambian la jerarquía social del grupo. Conviene también señalar que la agresividad animal suele estar al servicio de la actividad sexual.

Supuesto esto, los etólogos se preguntan hasta qué punto la agresividad se halla influida por el ambiente. Ciertos autores han señalado que los gatos criados en soledad matan con menos frecuencia que los criados en compañía de otro gato adulto en un medio en que se extermina a las ratas, ya que animales que hasta un determinado momento no habían exterminado ningún ratón empezaban a hacerlo una vez habían tenido ocasión de contemplarlo, en tanto que unos gatos

criados juntamente con ratas no mataban a otras ratas semejantes a sus compañeras de jaula. También se ha observado que los ratones se tornan manifestamente más agresivos cuando han logrado algunas victorias, mientras que sus derrotas disminuyen su agresividad. Sobre la base de una suma de dichos ejemplos se ha dicho que no hay una apetencia de combate (W. Craig), que el animal se limita a defender sus intereses, que la agresión es predominantemente reaccional, consecuencia de una frustración, motivada por toda intervención ajena que impide la consecución de todo objetivo determinado. A la vista de estos ejemplos, J. P. Scott llegó a la conclusión de que la agresividad se aprende y que el hábito de ataque aparece progresivamente en la juventud del animal, cuando tiene sus primeras experiencias de lucha por el sustento y se pelea con otros jóvenes de la misma edad.

I. Eibl contrapone a esta teoría de la agresión el dinamismo del instinto agresivo, concepto del que hace participar a S. Freud y K. Lorenz. Al igual que S. Freud, que postula la pulsión de muerte, K. Lorenz, en determinado momento de su actividad científica, habla de un impulso agresivo de raíz y acepta su función en el proceso conservador de la especie. En su opinión, es un auténtico instinto que produce una excitación y su correspondiente apetencia, cosa que puede activarse mediante determinados signos. A favor de dicha hipótesis se han aducido numerosos ejemplos: los experimentos de criar por separado han demostrado que las ratas y los ratones atacan siempre a sus congéneres con quienes entran en contacto, con idénticas maneras de combatir y amenazar, aun cuando jamás hayan tenido ocasión de aprenderlas. La misma exagerada agresividad se observa en los gallos salvajes criados en solitario, que luchan consigo mismos, y en peces que combaten en soledad contra su propia imagen reflejada en un espejo, con todo el ritual propio de la especie, etc. Además, diversas investigaciones demuestran que el aislamiento, por sí mismo, aumenta la agresividad (P. Karli; A. S. Welch y B. L. Welch).

Es indudable que los factores hereditarios están presentes en la agresividad, como lo demuestran los experimentos de selección genética; pero también es cierto que la agresividad se encuentra directamente influenciada por el medio, tanto por el aprendizaje como por la situación del déficit de aferencias. Se sabe que existen sistemas que pueden modificarse por medios eléctricos (zonas que producen agresividad y zonas que la inhiben), que su modificación actuará también sobre el grupo y que estas zonas o sistemas son sensibles a los factores bioquímicos, especialmente hormonales, y a los factores propiamente del medio. Para K. E. Moyer, una forma concreta de agresividad resulta de la puesta en marcha de un circuito neurológico específico y de los factores que pueden modificar o suprimirla, entre los que se incluyen: la hormona masculina, la herencia, los elementos químicos de la sangre, la organización de la conducta, el aprendizaje. Este autor subraya que es posible controlar una conducta agresiva no deseada:

- 1.º modificando el medio en el sentido de minimizar las condiciones que producen privaciones, sufrimiento y frustración;
- 2.º inhibiéndolo por medio del aprendizaje;
- 3.º modificando interiormente las condiciones fisiológicas que facilitan las distintas respuestas agresivas por medio de medicamentos, hormonas y por estímulo o lesión cerebral, teniendo en cuenta que la agresividad no es un concepto único y que en consecuencia no existe una solución general para todos los problemas que engendra.

II. — AGRESIVIDAD Y CONDUCTA AGRESIVA EN EL NIÑO

La agresividad puede considerarse como un período pasajero o como parte de la evolución de la persona.

El psicoanálisis ha valorado la importancia de la agresividad en el desarrollo, creando expresiones como "pulsión agresiva", "instinto de destrucción" e "instinto de muerte". Primeramente S. Freud define al instinto de autoconservación y al instinto sexual como fuerzas instintivas opuestas; posteriormente señala ciertas diferencias entre los instintos del Yo y los instintos sexuales. En *"Más allá del principio del placer"* introduce el concepto de instinto de muerte, instinto de muerte que inviste el objeto y el Yo al igual que la libido y que es la tendencia fundamental de todo ser viviente, que trata de retornar al estado inorgánico. Instintos de vida y de muerte se inscriben ambos en el cuadro de tendencias antagónicas.

Está lejos de ser aceptado el instinto de muerte por todos los psicoanalistas, aunque está en la base de la doctrina kleiniana.

Mélanie Klein acepta la existencia primera de sentimientos de amor y odio que luchan en el espíritu del niño; siguiendo a K. Abraham, valora la necesidad de morder y de devorar en el lactante, al faltarle satisfacciones durante el estadio oral de la succión las buscará en el estadio oral de la mordedura. Cuando un niño se siente frustrado por el pecho, lo ataca imaginativamente con la agresividad de sus fantasmas, ansiosos de morder y despedazar a su madre. Estos fantasmas destructores equivalen a los deseos de muerte y una de sus particularidades consiste en que el niño tiene el convencimiento de que aquello que desea en sus fantasmas ocurre realmente: está convencido de haber destruido el objeto de sus instintos de destrucción y de continuar destruyéndolos. En sus fantasmas agresivos, el lactante ha causado daño a su madre, mordiéndola y destrozándola, pero no tardará en elaborar el fantasma de recomponer sus fragmentos y repararlos; no obstante, con ello no logra disipar del todo su temor de haber destruido el objeto. Para Mélanie Klein, entre los factores de capital importancia en la dinámica de los procesos psíquicos, destacan la polaridad e interacción de los instintos de vida y muerte. Hay un lazo indisoluble que une, y en gran parte, somete la libido a las tendencias destructivas; pero el círculo vicioso generado por el instinto de muerte que pretende que la agresividad engendre la angustia, y que ésta a su vez refuerza la agresividad, se romperá cuando la libido adquiera la fuerza suficiente; el instinto de vida deberá luchar con todas sus fuerzas en las primeras etapas del desarrollo, para mantenerse frente al instinto de muerte, pero —dice M. Klein— esta necesidad es la que estimula la plenitud sexual del niño. Basándose en los estudios de M. Klein, P. Heimann supone que ambos instintos, libido e instinto de destrucción, tienden a lograr su objetivo en la acción corporal; igualmente las funciones psíquicas derivan de ambos instintos. La acción de los instintos en el cuerpo habrá de ir acompañada por experiencias psíquicas y se establecerá una relación emocional con el objeto que satisfará o frustrará las actividades corporales, formada por relaciones —de naturaleza libidinal y destructora al mismo tiempo— con los objetos desde el primer momento. S. Freud señaló que la técnica más importante del instinto vital en su lucha contra el instinto de muerte es su deflexión al exterior; según P. Heimann, la proyección de las fuerzas internas peligrosas no es nada sencilla. Proyectar "buenos" instintos amorosos sobre un

objeto "malo" y convertirlo en "bueno" puede no ser menos dañoso que proyectar impulsos de destrucción "malos" sobre un objeto amado y perderlo de este modo. Para P. Heimann la frustración de necesidades físicas señala el camino de la hostilidad objetal; no va menos ligado el odio primitivo a las sensaciones corporales que el amor primitivo. Los términos "sádico oral" y "sádico anal" señalan la relación de la crueldad con las funciones corporales. En relación con el virtual carácter erótico de todos los órganos, acepta que de éstos pueden producir sensaciones de agrado con fantasmas libidinales, siendo igualmente el receptáculo de sensaciones que van unidas a las pulsiones de los instintos destructores y los fantasmas crueles. Según P. Heimann, el problema de la frustración aparece bajo una nueva luz, visto desde la acción de los instintos de vida y de muerte, con lo que adquiere un puesto nuevo totalmente merecido entre las defensas primeras. La frustración hace de palanca para la deflexión del odio y la destructividad fuera de la persona y para odiar y destruir más justificadamente, busca el objeto causante del dolor o la frustración.

Muchos psicoanalistas no aceptan el instinto de muerte. O. Fenichel, por ejemplo, agrupa todos los fenómenos clasificados bajo el concepto de instinto de muerte no en el marco de una especial pulsión, sino en el de la expresión de un principio válido para todos los instintos. H. Hartmann, E. Kris y R. M. Loewenstein, aun aceptando al principio de dualidad libido-instinto de destrucción no entran a discutir el significado biológico en el instinto de vida o de muerte, pero se oponen a la concepción clásica según la cual el único objetivo de la agresividad es la destrucción del objeto. Distinguen cuatro tipos de procesos modificadores del impacto agresivo: desplazamiento a otros objetos, sublimación de la energía agresiva e implicación con la libido. Dan especial importancia a la sublimación de la agresividad que permite la transformación de la energía agresiva en energía neutra a disposición del Yo y suponen que si la constancia objetal depende de la capacidad del individuo para soportar la frustración, depende igualmente de la sublimación de la agresividad. En opinión de S. Nacht, en el lactante entra en juego la agresividad a fin de evitar la insatisfacción y para obtener la satisfacción de las necesidades, para vivir, en suma. "La agresividad parece originarse en el displacer, la insatisfacción o el dolor." Este autor ve una estrecha relación entre frustración y agresividad y advierte que "el niño criado al abrigo de toda frustración, posteriormente estará falto de la necesaria energía para obtener en la lucha por la vida lo que precise. Ahora bien, dicha fuerza no es sino el primer impulso agresivo, adaptado a una realidad sublimada." En su opinión, lo que corrientemente se designa con el nombre de "fuerza del Yo" es antes que nada el resultado de la justa integración de parte de las fuerzas agresivas o, como dice también, "fuerza del Yo" y "fuerza vital" se superponen, laborando los impulsos agresivos no por la destrucción, sino por la afirmación de la vida.

También es materia de discusión el término "instinto" para denominar las pulsiones agresivas. Postular la existencia de un instinto es sacar la consecuencia de la existencia de un sistema encargado de obtener dicha satisfacción en la realidad. Ahora bien, lo que en los términos de instinto de vida y de muerte va implicado es el comportamiento total del ser humano; es todo su movimiento en la existencia, visto desde su ángulo más elemental— su organización motriz, hasta que el cuerpo se halla instalado en el mundo, con sus naturales mecanismos adaptatorios y proyecciones intencionales. Es suponer que está animado de impulsos creadores y destructores, de necesidad de hacer aparecer y desaparecer. Atribuir al ser vivo una tendencia consustancial con su naturaleza, que le impulsa a la agre-

sión y destrucción por el hecho de que existan agresión y destrucción es suponer implícitamente que los fenómenos de desaparición, destrucción y muerte no pueden tener otro origen. Tales fenómenos coexisten con el ser y son *pro parte* inseparables como tales.

Las hipótesis de S. Freud y M. Klein han tenido el inmenso mérito de presentar al ser humano en los primeros momentos de su vida y mientras se está elaborando su estructura psicológica como animado de pulsiones proyectadas socialmente, frente a quienes no ven en el niño sino la pura pasividad en cuanto a movimientos interpersonales y simple receptáculo de esquemas mediante los cuales las "necesidades" se transforman en comportamientos socializados.

Al estudiar el problema de la agresividad en el niño, S. Lebovici cree que sus manifestaciones tienen carácter unívoco, monótono y evolutivo. Las ve como una reacción, no sólo ante condiciones externas y objetivas del ambiente, sino como imágenes poco internalizadas, tal como se hallan constituidas sobre la base de la dramática historia individual de la relación objetual paulatinamente diferenciada. Parece difícil —dice— describir la totalidad de modos de proceder y actuar que pudieran denominarse agresivos, pues cabría aplicarlo a todas las manifestaciones de la vida de los instintos. Efectivamente, el niño puede ser agresivo en su manera de comer, dormir, moverse y controlar sus esfínteres. Posteriormente, lo será en cóleras más o menos violentas y elásticas, en la esfera escolar, como rechazo, oposición o negación, en el plano social en forma de brutalidad, destrucción o vandalismo. Aun cuando este tipo de descripciones haga referencia a cierto número de niños inadaptados, evidentemente no se refiere sino al aspecto externo de la agresividad. De hecho, esto se advierte en niños buenos, reservados y preocupados; en los últimos, podríamos afirmar con S. Lebovici "que la agresividad impide la manifestación del estado de ansiedad, y viceversa, para el niño la ansiedad es una forma de asumir su agresividad". Por otra parte, jóvenes aparentemente hiperadaptados suelen ser turbulentos y agresivos mientras que en la pubertad se habían controlado. "Puede considerarse la lucha por el control de la agresividad como expresión de la lucha contra pulsiones desintrincadas. Va únicamente contra pulsiones agresivas, mientras que los impulsos eróticos se desplazan hacia objetos situados lo más lejos posible de los investidos en su estado primitivo." Según este autor, el comportamiento agresivo no es cosa de un niño considerado aisladamente; entra en las peripecias comunicativas entre madre e hijo. No hay que estudiarlo tan sólo como una proyección más del niño hacia su madre, sino, también, abarcando los resultados de las respuestas maternas a las proyecciones agresivas del niño, que —manifestaciones expresivas ellas— el niño como las interpreta llamada materna cuando hay respuesta de la madre o como manifestación de agresividad al no ser capaz de una respuesta. De este modo, la conducta agresiva será una respuesta dada por la actitud de los padres mediante la cual se expresa su propia personalidad; la situación se torna peligrosa al ser la agresividad la única forma de relación posible con ellos, siendo —en una palabra— aprehensión del objeto maternopaterno.

La importancia del ambiente en la manifestación de la agresividad viene perfectamente señalada por nuestros conocimientos etnológicos. M. Mead ha descrito el contraste entre las apacibles relaciones de los Arapeches, grupo étnico que promueve la comunicación humana, y su vecino los Mundugumors, cuyas relaciones interpersonales se establecen sobre la base del desprecio y la animosidad. Dicho fenómeno, aparentemente contradictorio, no se limita a las zonas de Melanesia; se observan otros contrastes llamativos en grupos étnicos de América del Norte; entre la tribu de los Zunis, por ejemplo —como indica R. Benedict—, cuyas relaciones internas son

tranquilas, junto a los cercanos apaches del llano, cuyo sistema tribal de valoración étnico-moral se fundamenta en una más agresiva afirmación de sus miembros. Vemos la importancia del ambiente en el comportamiento agresivo: sin que con ello quepa descartar la existencia de una agresividad infantil, es evidente que la agresividad se organiza a su manera según las particularidades de la personalidad.

A. Bandura y otros han demostrado experimentalmente cuán importante es la imitación infantil de modelos agresivos, señalando, por otra parte, las notables semejanzas entre el modo de conducirse los padres y los hijos.

Es evidente que no cabe reducir el problema de la agresividad al de las conductas agresivas, mientras que, por otra parte, los fantasmas agresivos se consideran —como ya hemos visto— como extremadamente precoces en la teoría de M. Klein. Según R. Diatkine, una vez formada la relación objetual, el niño se ve atraído por el objeto que le gratifica y le frustra. Las frustraciones actualizan las anteriores experiencias vividas en forma de fantasma de objeto parcial, apetecido y peligroso por su carácter destructor. Los fantasmas son la reorganización de los placeres autoeróticos; los fantasmas incorporadores, devoradores o rechazantes confieren en las primeras fases identificatorias su específico carácter de introyección o proyección. Los fantasmas pueden manifestarse desde muy temprano con toda claridad, bien por la palabra, analizando los miedos infantiles o, de manera muy específica, en los juegos infantiles. En el juego el niño expresa su agresión y su pugna contra el descontento por la pasividad —una característica del niño— y, por otra parte, adquiere confianza en sí mismo al repetir el juego y ver que las consecuencias fatales no existen en el juego y que puede recomenzarse. R. Diatkine no acepta la adaptabilidad del fantasma destructor, puesto que el niño recobra su capacidad de actuar y su libertad de amar al integrar correctamente sus fantasmas agresivos, habida cuenta de que la vida en sociedad organiza de una manera especial los fantasmas agresivos que contribuye a fortalecer.

Según lo anterior, vemos que lo que entendemos por agresividad no parece constituir un conjunto de hechos homogéneos. Según D. Widlocher, los datos clínicos parecen mostrar tres tipos de hechos: conductas agresivas, expresión de diversas pulsiones; fantasmas agresivos, que inicialmente no concretan la posición del agresor o del agredido, que parecen genéticamente anteriores a toda distinción Yo-realidad exterior; una intención agresiva, evidente o no, que en todo momento semeja una elaboración defensiva del Yo.

En conclusión, cabe admitir lo siguiente: el carácter universal de la agresividad y un sistema anatómico cuya puesta en marcha produce reacciones agresivas, organización que podrá ponerse en funcionamiento con cambios bioquímicos u hormonales. Hemos visto igualmente que la sociedad puede modificar u orientar la agresividad, y sabemos que en el plano individual la agresividad puede sublimarse y tornarse productiva.

Lo que se sigue discutiendo es la existencia o no-existencia de un innato instinto de agresión. Hay quien considera que los impulsos agresivos son innatos en el hombre; otros, que la agresividad es siempre una reacción. Para J. A. M. Meerloo, si bien violencia y agresividad en animales de una misma especie son instintivas reacciones de defensa (descargas limitadas en el cuadro de un sistema de seguridad por el bien de la comunidad), la agresividad humana no es innata al ser el resultado de la desorganización de los impulsos, producida por múltiples factores internos y externos y por falta de cultura y de control. El hombre no es un auténtico luchador; a diferencia de las fieras, no tiene zarpas ni largos colmillos. Para el hombre, llegado al mundo desnudo y sin defensas ni armas, la lucha por la vida se transforma insensiblemente

blemente en una batalla interior. Es una batalla librada en dos frentes —dice el autor—: lucha defensiva contra los impulsos internos y contra las fuerzas coercitivas del exterior. L. Bender considera que el niño espera protección del adulto contra las influencias hostiles, y espera amor, comida y vestido. J. A. M. Meerloo, por su parte, considera a la agresividad como la respuesta humana a frustraciones como son el hambre, la carencia de afecto, de comunicación con otro, de satisfacciones sexuales y de acogida. J. Rof Carballo manifiesta que los términos "constitución" o "reactividad" pueden emplearse confusamente. Si se piensa que la agresividad es constitucional, hace suponer que sea algo inherente a todo animal y al hombre, que nace con él, que es congénito, algo incorporado a sus propiedades genéticas. En el segundo caso, al utilizar el término de "reactivo" es como si se admitiera que la agresividad nace siempre en reacción a algo o como reacción a otra agresión, a enseñanzas paternales o, muy especialmente, a la falta de afecto, de ternura. El error, dice, está en concebir al hombre o al animal como seres aislados, que se juntan o se unen posteriormente, siendo así que como tales seres aislados ni existen ni pueden existir. Por eso cree el autor que no hay que enfrentar violencia y ternura, sino comprender las dos cosas sobre la base del concepto de las primigenias relaciones constitutivas ("urdimbre"), cuyas características desarrolla en varios volúmenes.

Sea lo que fuere, se admitan o no las reacciones innatas, sabemos de su existencia en todo ser humano y que aparecen desde los primeros momentos de la vida infantil.

A. — HETEROAGRESIVIDAD

I. — EVOLUCIÓN

Las primeras reacciones psicoemotivas son ya relación. El niño, valiéndose de su cuerpo, se expresa y comunica, llama o protesta. Desde muy pronto presenta descargas psicomotoras con una nota heteroagresiva. S. A. Shentoub y A. Soulaire señalan que el hecho de patear, arrojar objetos y golpear a las personas viene tras las primeras descargas psicomotoras no automutiladoras. Según van creciendo, cada vez patean más y más, tanto los niños como las niñas. Esta actividad se encuentra en el 42% de los niños de 4 años. La curva de evolución del conjunto de las relaciones heteroagresivas se eleva rápidamente a partir de los 12 meses, alcanzando en el 52% de los niños de 4 años una agresividad mucho mayor en los varones que en las hembras. En el marco de descargas psicomotoras, dichas formas heteroagresivas aparecen y se desarrollan al abandonar la exploración corporal y autoerótica, presentándose como formas más estructuradas y evolucionadas de conducta, contra otro y contra el mundo exterior.

G. Walter, D. Pearce y C. Dahms han contrastado las conductas afectivas y agresivas infantiles antes de la edad escolar (forma y frecuencia de actuaciones afectivas en gestos y palabras y manifestaciones agresivas expresadas también en movimientos o en palabras). Han comprobado que en cualquier edad —los menores tenían 2 años— se daban con mayor frecuencia evidentes muestras de afecto que expresiones de agresividad, tanto como respuesta a las muestras afectuosas de otro como a su propia iniciativa. Como fácilmente se comprende, desde los cuatro años las manifestaciones verbales son más numerosas que las motrices. Los gestos indicadores de agresión son mucho más numerosos en los niños que en las niñas y, en total, aumentan de frecuencia entre 2 y 4 años. Las niñas de 2 años entablan amistad con más

frecuencia que los niños de su edad, pero entre los 3 y los 4 son los niños quienes tienen la iniciativa en la amistad, y la persona objeto de sus relaciones será preferentemente una niña, otro niño o una persona adulta y masculina.

F. L. Goodenough ha estudiado el cambio de naturaleza de la cólera con el paso del tiempo.

— En niños menores de un año, la cuarta parte de sus rabietas se producen durante los cuidados habituales, como son bañarlos y vestirlos; otra cuarta parte, al estar con personas, especialmente con aquellas a las que desean llamar su atención; otra cuarta parte de estas rabietas es consecuencia de malestares físicos secundarios. Las cortapisas a los movimientos corporales es causa también de algo más de un 6% de las rabietas.

— A los 2 años, una elevada proporción de rabietas estallan al crearse hábitos físicos corrientes. Como segunda causa de ellas están los conflictos con la autoridad materna, por cuestiones que nada tienen que ver con la adquisición de hábitos. Entre los 2 y los 3 años, las principales causas de excitación son los conflictos de autoridad, las dificultades que van ligadas a la adquisición de hábitos físicos corrientes y las dificultades sociales con los compañeros de juego.

— Entre los 3 y los 4 se producen las crisis con ocasión de dificultades sociales y de desacuerdos con los compañeros de juego. Los conflictos de autoridad, en este momento, alcanzan su máximo grado, siendo los responsables, aproximadamente, de una tercera parte de los casos observados.

— Desde los 4 años en adelante, las dificultades propias de la relación social siguen siendo la más frecuente razón de excitaciones.

— La cólera estallará posteriormente al encontrar obstáculos a sus planes, intereses o satisfacciones.

Pero como dice H. Wallon, la cólera puede tomar dos rumbos distintos: centrípeto y proyectivo. Parece tornar sus golpes contra sí mismo o se dirige contra quienes le rodean; en la centrípeta predomina la angustia. La cólera proyectiva, formada por reacciones contra el medio, en cuya manifestación hace participar al factor ambiente, se manifiesta en escenas más o menos expresivas, y puede tratar de intimidar a los circundantes. Es una forma más socializada, más evolucionada.

Admitamos que la agresión aparece ya en las primeras relaciones. Se presenta como una reacción contra el malestar y la incomodidad, producto de causas externas o internas; el niño apenas es capaz de distinguir lo procedente del exterior y lo que viene de su propio cuerpo. El hecho de soltar algo que haya cogido, de prescindir de una satisfacción en el momento de disfrutarla de postergar una satisfacción que tiene al alcance de su mano, basta para desencadenar reacciones hipertónicas y manifestaciones de desagrado. Puede rechazar lo que le gusta y abolirlo mediante su gesticulación. En cuanto comienza a desarrollarse el proceso cognoscitivo, el objeto distante está virtualmente presente; lo desea o lo repele. En la dinámica del mundo de los objetos, hasta cierto punto éstos son interpersonales; los considera objetos al llegar a poder manipularlos, por más que sea el niño quien haya de acostumbrarse al objeto, por más que sea el niño quien personaliza los objetos. Pasará un largo período antes de que, por un proceso de distanciamiento y de desvalorización afectiva el objeto para sí llegue a ser un objeto en sí. Mientras no considere a su propio cuerpo como una identidad en sí, los objetos los incorporará o los considerará como agresores con los que se identificará o a los que se enfrentará. Al encontrar frente a frente al otro, es incapaz de soportar que el otro no le satisfaga sus deseos o que su satisfacción se difiera. El otro reprime su reacción de rebeldía, soporta mal la reacción intempestiva del niño, la reprime si es necesario, con objeto de condicionarla a una relación satis-

factoria para él. Pero para desarrollarse, el niño ha de sentir algunas frustraciones, y de la activa agresión pasará a reprimirla. El amor y el odio a los otros no son entidades contrapuestas, sino que ambas parten de una misma base: del deseo y la insatisfacción. Aprenderá a esperar para hallar su satisfacción y a dar para recibir. La agresividad es un potencial energético; al suprimirla de raíz su consecuencia será la pasividad. Si la insatisfacción es el único motivo de sus relaciones, su única solución será la permanente agresividad, agresividad constante y nada formativa, compulsiva. La agresividad puede tener por resultado una satisfacción, pero a veces el mecanismo agresión-satisfacción se cierra en sí mismo y sin posibilidad de abrirse con valor formativo.

En el desarrollo del niño y con plena normalidad psicofisiológica hay reacciones agresivas inmediatas, reacciones agresivas diferidas y una agresividad posteriormente socializada.

II. — PROTOPULSIONES HETEROAGRESIVAS Y COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS

1.º *Protopulsiones heteroagresivas*

En el esquema de los impulsos, H. Ey distingue las protopulsiones como movimientos automáticos, cuyo carácter esencial es ser endógenas e incoercibles. Parece ser que su fuerza les viene de un mecanismo que halla sus raíces en la profundidad del organismo, y sus manifestaciones tienen carácter forzado, automático, que parece eludir el control del Yo. Se manifiestan de dos maneras distintas: como un eclipse total o medio de la conciencia, como si todo el edificio funcional hundido hiciera una regresión que sólo permitiera movimientos violentos, anárquicos y ciegos, o bien como actos forzados, parásitos, violentos y explosivos, que se producen en la periferia de una conciencia lúcida. Entre las protopulsiones instintivas, Henry Ey distingue las correspondientes a una especie de necesidad y las que son impulsivas, expresión emocional cuya afectividad se ve anegada, desbordada por sus efectos psicofisiológicos, por la tempestad psicomotora emocional.

En el marco de dichas protopulsiones se inscriben los dos tipos de reacciones señalados por Kretschmer: las reacciones explosivas y las de cortocircuito. En las primeras, poderosos afectos se descargan sencillamente sin que reflexión alguna les imponga un freno. En las segundas, la impulsión afectiva se transforma directamente en una reacción sin mediación de la personalidad plena; en este caso, el cortocircuito no es una descarga motora elemental, sino que se revela como una acción compleja. Este tipo de reacciones se da en niños retrasados mentales que repentinamente se sienten poseídos por una fuerza que les hace acometer a otras personas o a sí mismos. Dicha fuerza incontrolable viene a ser para el niño al mismo tiempo un acto que lo desborda y que le alivia. Con la explosión se agota dicha mecánica. Fenómenos equivalentes los hallamos en enfermos de encefalitis, pero en éstos la labilidad emocional está más influida por elementos externos; incoercible a veces, en conjunto, se integra más a la personalidad del niño afectado. La pulsión endógena halla su salida más fácilmente en el marco de una desinhibición mucho más general. Para A. Freud, en el niño un ataque colérico puede corresponder a su correcto escape en el plano motor y emocional de brotes pulsionales caóticos.

Hace tiempo que se conoce sobradamente la agresividad de los epilépticos, tanto

como equivalentes comiciales como formando parte del carácter epiléptico. Muchos autores sitúan en la epilepsia o en el epileptoide la mayor parte de las reacciones en cortocircuitos, aun en personas sin ataques epilépticos.

D. Hill, al estudiar el electroencefalograma de los psicópatas predominantemente agresivos halla cambios en el trazado en el 65% de los casos. Según tales exámenes habría que creer en una relación entre pacientes de actitud agresiva disrítica y epiléptica. No creemos convenga integrar en el marco de la epilepsia la totalidad de reacciones en cortocircuito de los débiles o la manera de reaccionar de la llamada "personalidad impulsiva" (C. de Sanctis), o la psicopatía agresiva (D. K. Henderson). En estos casos probablemente hay un componente endógeno muy importante, pero la canalización a la heteroagresividad podrá explicarse por la organización de la personalidad y por factores ambientales. E. H. Taterka y J. Katz señalan E. E. G. anormales en un 73,4% de alteraciones de la conducta infantil, pero no encuentran una relación entre E. E. G. y los específicos tipos de dichos trastornos, pasividad extrema, agresividad o hiperactividad.

No obstante, hay que señalar que algunos describen trazados considerados como característicos, produciéndose los puntos 6-14 en el sueño con registro monopolar (C. M. Poser y D. K. Ziegler; S. M. Woods). En las observaciones publicadas por E. D. Schwade y S. G. Geiger, y las de S. M. Woods, se ve la importancia que atribuyen a las características de la organización dinámica de la personalidad. La modificación eléctrica creemos que explica el acto, pero no la organización pulsional sobre cuya base se realiza el acto.

2.º *Comportamientos agresivos*

Todos los niños se encolerizan o expresan su cólera en ciertas condiciones vitales; la reacción de cólera puede adecuarse a determinadas situaciones.

L. Bender señala la importancia de la agresividad en el niño, especialmente en el juego. Hace hincapié en el sentido de su conducta; contribuye al progresivo dominio del cuerpo y de los objetos, junto con el placer de destruir y, posteriormente, de reconstruir. Distingue entre acción y agresividad propiamente dicha, que se produce tan sólo en determinadas condiciones, y toma el sentido que le dé el niño. Al revés que el adulto, el niño no acierta a distinguir entre fuerza y salud, y cree en una restitución o restauración tras la destrucción. Por último, por influencia del ambiente, el niño irá dominando paulatinamente su agresividad, que cada vez se manifestará de manera más indirecta y socializada. En 83 casos de agresividad infantil, L. Bender ha podido observar el miedo del niño a ser destruido por la agresividad del adulto.

Muchos autores resaltan la importancia de la frustración en el origen de la agresividad. L. Bender recuerda que el niño siente toda frustración como un ataque hostil del ambiente. La agresividad no será sino el resultado de privaciones o carencias en relación con disarmonías evolutivas que alteran los mecanismos reguladores de lo que ella denomina "pulsiones constructivas". Considera la agresividad esencialmente como reacción a una falta de afectividad. Junto a la frustración, valora otras posibles causas: en un contexto sociocultural dado, se admiten ciertas formas de agresión —protección del débil, etc.—, mientras que, por otra parte, la identificación masculina puede comportar un lado agresivo; otro elemento que tiene en cuenta es la hipercinesia, en un cuadro orgánico o no, que puede ser origen de una agresividad, y que se inscribe en la historia total del individuo.

E. English y G. H. J. Pearson piensan que el niño presentará reacciones agresivas en determinadas condiciones:

- Al hallarse en estado de peligro real o cuando trata de liberarse atacando y destruyendo el objeto o a la persona temida, encolerizándose con alguien.
- Al sentirse privado de un placer deseado; su cólera se dirige contra el objeto o la persona que son causa de su privación.

- Al tratar de hacer algo que constituye una satisfacción y al mismo tiempo le está vedado. Su cólera va contra quien le induce a hacer algo prohibido y contra quien le impide realizarlo.

Cabe afirmar que el estado de agresividad crónica se produce al hallarse expuesto un niño a cierto peligro, y a determinadas privaciones o tentaciones persistentes.

La agresividad tomará diversa apariencia según la edad y las causas. L. Bender describe, por ejemplo, el niño de 12 a 18 meses abandonado, que su agresividad le toma más contra sí mismo que contra los demás; el niño mayor que, al faltarle la afectividad, manifiesta su agresividad mezclada con la ansiedad del esquizofrénico, etc.

Según J. D. Noshpitz y P. Spielman, los niños hiperagresivos se dividen en cuatro categorías:

- El niño a merced de una separación. Frustrado, reacciona muy violentamente e incluso en forma peligrosa, de forma que cualquier discusión puede terminar con un estallido.

- El niño que pretende dominar. Pugna por lograrlo, divide para reinar, separa y actúa para dominar en el mundo de los mayores. En su proceder pueden entrar componentes sádicos, es muy sensible al ambiente y sabe hacerse con él.

- El niño agresivo por su comportamiento erótico, bien en los juegos sexuales en que participa, bien en su satisfacción al obligar a los demás a realizar actos sexuales.

- El niño ansioso, cuyas acciones son producto de una gran ansiedad, en estado de tensión que explota llamativamente. Por una parte, dicha tensión está en relación con unos primitivos fantasmas que invaden el terreno de la conciencia, ahogando la personalidad y, por otra, con el temor a una reprimenda, miedo tan importante que impulsa al niño a buscar un castigo con objeto de prevenir todas las posibles represalias.

A raíz de la anamnesis psicológica y social de los niños hiperagresivos, J. D. Noshpitz y P. Spielman nos ofrecen una interesante información. Son niños exclusivamente estimulados, siempre en busca de sensaciones, o niños de ilimitadas exigencias cuyos deseos infantiles han sido escrupulosamente satisfechos por los padres y que no pueden soportar la más mínima frustración, o bien niños faltos de afecto, que han recibido demasiado poco durante un tiempo excesivamente prolongado. El rechazo paterno puede provocar en ellos enojo, desconfianza u hostilidad.

En estos niños se dan también trastornos en la identificación, entre los que nos fijaremos en los de difusa identificación, creando una personalidad no estructurada: la identificación con un niño menor (el niño juega a ser un bebé y maneja a quienes le rodean reclamando al mismo tiempo su comprensión y su indulgencia); la identificación con el adulto (el niño tiene la megalomanía de su poder ante el adulto y pretende tener unos derechos en relación con él).

Poco se ha estudiado la *evolución* de los niños por su conducta agresiva. Poco se puede pronosticar con ellos, aunque no de manera definitiva. L. Bender cree que los casos de agresividad como reacción a una falta de afecto precoz acumulan retraso afectivo e incluso intelectual. Basándose en unos pocos casos, afirma que, como adultos, tienden a esquivar los conflictos vitales y a convertirse en asiduos de instituciones psiquiátricas o correccionales donde se someten o se deterioran.

La reacción heteroagresiva se manifiesta en peleas y choques, aunque raramente llega al asesinato.

Es difícil separar el acto en sí del *deseo de matar*, mucho más extendido. El niño desea matar, muy especialmente a sus padres, a sus hermanos y hermanas. Generalmente inconscientes, dichos deseos no tienen —en opinión de L. Bender— idéntico significado en el adulto que en el niño, que tiene su propia idea de la muerte. El ansia de matar surgirá en cinco circunstancias:

- al intensificarse la rivalidad familiar por factores externos;

- al producirse la rivalidad en una situación familiar anómala, cuando el hogar paterno o las manifestaciones de amor no logran domeñar las tendencias agresivas;

- cuando factores orgánicos crean en el niño un sentimiento de inferioridad, de desesperación y desorganización, y una mayor necesidad de amor por carecer de afecto;

- cuando las dificultades escolares son insuperables en un niño que es consciente de su inferioridad; aquí se incluye la dislexia en niños inteligentes que no reciben una adecuada ayuda;

- cuando en la actitud de la familia destaca una intensa agresividad de los padres y el niño ha de protegerse con la única reacción que está a su alcance.

El homicidio. — Raro en el niño, es más frecuente al comienzo y al final de la adolescencia. Los niños y adolescentes homicidas son casi siempre jóvenes. Lo más frecuente es que el sujeto desconozca a las víctimas; su objetivo, generalmente es el asalto a personas próximas o del vecindario; el motivo invocado, la venganza o la envidia. Dentro de estos crímenes pasionales encontramos el matricidio y el parricidio. Algunos homicidios son premeditados, otros, sin motivo aparente. El crimen puede llevarse a cabo con armas de fuego, por ahogamiento, por defenestración, con un utensilio contundente, etc.

J. Marrec engloba estos casos dentro de los síndromes postencefalíticos, epileptoides, de los trastornos caracteriales de los débiles mentales, pero no encuentra en ninguno de ellos rastro de esquizofrenia. Por el contrario L. Bender encuentra este rastro en 12 casos sobre 32 pacientes y C. P. Malmquist en 3 sobre 17. Casi todos los autores señalan el papel que desempeñan las perturbaciones de la relación familiar.

C. P. Malmquist estudia la situación que precede al acontecimiento y llega a la conclusión de que siempre aparecen cambios de humor previos, como prodromos, que a menudo no perciben ni siquiera quienes están en contacto diario con el sujeto; muchas veces, los miembros de la familia niegan la existencia de un cambio de comportamiento, incluso habiéndolo percibido. En ocasiones, durante el período prodromico se han utilizado drogas y/o medicamentos. Suele aparecer un crescendo emocional que se manifiesta bajo la forma de un incremento de irritabilidad y de energía junto con inquietud motora y alteraciones en la alimentación y el sueño. Este autor concibe al adolescente homicida en un estado de profunda tristeza y desesperación, pudiendo ser la decepción el resultado de diversos fracasos profesionales, sociales, de las relaciones amorosas o de decepciones hetero u homosexuales. Así, el homicidio puede responder a la función imaginaria de salvar su "Ser" y su "Yo" de la desintegración, al desplazar sobre otro el centro de la descarga agresiva.

En opinión de M. Briguet-Lamarre, los adolescentes precozmente desocializados y los aparentemente bien socializados hasta el momento del crimen, cometen homicidios con la misma falta de emotividad, con la misma no-culpabilidad. En ciertos casos de déficit orgánico, una psicosis, una herencia patológica pueden desencadenar el acto homicida pero, en general, resulta difícil atribuir solamente a estos factores el origen de los trastornos del adolescente homicida. Según este autor, siempre se encuentra la misma realidad compleja: por una parte, una inmadurez que emana de experiencias precoces e impide al homicida alcanzar un concepto claro y coherente de la muerte; por otra, experiencias más tardías de muerte, separación o abandono. La muerte resta dramatismo a una situación muy angustiosa para el adolescente y esto es lo que produce cierta indiferencia, cierta insensibilidad afectiva en el joven criminal; pero esta frialdad aparece porque él ha dramatizado en extremo su acto, lo ha investido de sus experiencias angustiosas y del sentimiento de nulidad experi-

mentado desde la época de sus precoces experiencias de abandono. Mientras que es frecuente que el homicida adulto se suicide tras cometer el acto, en el adolescente son muy raras las tentativas de suicidio. En muchos casos los jóvenes criminales matan para robar, cuando hubieran podido robar solamente; otros cometen un homicidio o una tentativa de homicidio, sin que ningún motivo válido haya podido determinar su conducta: parece que existe para estos adolescentes una necesidad de matar, de destruir el objeto, de liberar una tensión por medio de esta destrucción. No es suficiente el robo para reparar la herida narcisista original; el homicida necesita afirmar su total dominio sobre la víctima investida como tal objeto, consumando el acto, destruyéndola. El análisis de sus antecedentes revela un desequilibrio en la pareja paterna, separaciones latentes, que colocan al niño en la mayor parte de los casos en situación difícil en relación a una pareja profundamente desequilibrada. El proceso de identificación se ve así comprometido en los diferentes estadios de evolución de la personalidad del joven homicida. Dos terceras partes de éstos se caracterizan por el rechazo más o menos precoz de los valores sociales escolares o profesionales, por robos y fugas y por resultar especialmente intolerantes a la frustración; el otro tercio está formado por adolescentes más estables, aparentemente sumisos, muy dependientes del entorno, hasta el día en que la muerte de uno de sus padres o de su símbolo correspondiente, pone en evidencia la fuerte ambivalencia de sus sentimientos y lo arcaica de su relación afectiva. La personalidad del joven homicida aparece fijada casi siempre a un estadio narcisista.

El parricidio es uno de los crímenes más reprobados por la sociedad y por la conciencia individual por desacralizar el amor existente entre padres e hijos y poner en evidencia las raíces profundas de la agresividad. Según S. Freud, es el más antiguo crimen de la humanidad, el crimen primitivo por excelencia. En todo caso, es la causa principal del sentimiento de culpabilidad. "¿Quién de nosotros no ha deseado la muerte de su padre?" (Dostoyevski, en *Los hermanos Karamazov*).

Los informes generales de la Administración de Justicia Criminal de Francia, establecidos por el Ministerio de Justicia, señalan —en el período de 1952 y 1959— 1.256 condenas por crimen o asesinato y 36 condenas por parricidio; unos 29 parricidas por cada 1.000 asesinos. Es una estadística que únicamente tiene en cuenta a los mayores de 18 años considerados como responsables tras estudio psiquiátrico. No tiene en cuenta a los hospitalizados en un medio psiquiátrico ni a los menores de 18 años. Predomina el sexo masculino (en ciertas estadísticas llega a un 80%). En los últimos años, en cuanto a los parricidas de 16 a 17 años, la estadística en Francia es la siguiente: en 1964, dos muchachos; en 1965, cuatro muchachos; en 1966, una niña; en 1967, un muchacho. J. Marrec, en su tesis, se refiere a 8 parricidas entre 35 casos de niños asesinos.

En cuanto a la edad del parricida, lo más frecuente es que se sitúe entre 18 y 20 años, aun cuando se han estudiado casos mucho más jóvenes —en la observación de A. Collin, un niño de 9 años—. G. Heuyer señala que los parricidas suelen ser niños y adolescentes.

El parricida infantil suele darse junto con una constitución prepsicótica o psicótica ligada a una rigidez psíquica o a una emotividad impulsiva. Se describe como experiencia delirante o de brusca impulsión —crimen inmotivado—, o como consecuencia de una desinhibición al disminuir el grado de conciencia de los epilépticos.

Señalemos que E. D. Schwade y S. G. Geiger cuentan el caso de un matricida de 13 años, de personalidad alterada, que vivió su crimen compulsivamente y estaba

confuso en cuanto al crimen. El E. E. G. reveló puntos 6-14 tanto despierto como en el sueño, fundamentalmente en las regiones temporal y occipital derechas.

El parricidio se da preferentemente en una organización familiar patógena.

Entre las causas observadas por J. Marrec en sus ocho observaciones se advierte: el robo (excepcional), el odio, la venganza por supuestos reproches, el temor al castigo o a la brutalidad. Pero lo más frecuente es que los parricidas los cometan niños que matan por defenderse; matan al padre porque amenaza a su madre (es frecuente considerar al padre como el verdugo de la familia), y el autor considera estos casos como crímenes u homicidios preventivos.

El desear la muerte de los padres es un fenómeno universal (según los estudios psicoanalíticos) que entra en la ambivalencia del complejo de Edipo. No obstante, según L. Bender, se requieren unas circunstancias precisas para que el niño se convierta en un asesino. Hay diversos factores en juego: la impulsividad del sujeto, la irritación por parte de la víctima, un medio inmediato para realizar la acción violenta y que ésta no se halle prevenida. Como dice A. Ochonisky, una cosa es soñar en lo más oscuro de la imaginación el asesinato edipiano y otra realizarlo en una acción criminal en que se vea tan claramente a su autor que la sociedad y los jueces puedan inculparle. Este autor se centra en el estudio de la víctima y del parricida. Suele corresponder el padre a la imagen de "verdugo casero" —lo más frecuente en estos casos es que el niño actúe ante el acto violento hecho a su madre— o, a la inversa, el padre es débil y pasivo ante su mujer, dejándola dominar al hijo y ligándose tanto a él que le capacita para el asesinato. La personalidad de la madre es frustradora: rechaza y favorece una situación de anormal dependencia. La personalidad del parricida se caracteriza por la inmadurez afectiva prácticamente constante y, a veces, por obsesivas actitudes pasionales impregnadas de narcisismo. Su existencia profesional es inestable y sus reacciones psicopáticas frecuentes, pero lo que suele dominar en la personalidad del parricida es la ambivalencia de sus sentimientos, la profunda e inexplicable intrincación de amor y de odio y su desajuste al identificarse con sus progenitores. En casi todos ellos se advierte la importancia de tempranas frustraciones. Por otra parte, A. Ochonisky trata de comprender el comportamiento criminal. En su opinión, la falta de su sentido de la realidad es el aspecto negativo de una actitud cuyo lado positivo es su imaginario comportamiento. Casi todos los parricidas señalan que en el momento de cometer el crimen se sienten fuera de la realidad, sentimiento que suele ir unido a una auténtica despersonalización. El paso al acto, cualquiera que sea su duración, no es mensurable en el tiempo sino que se sale de él. La muerte del otro pierde su carácter de terrible realidad y no es sino la realización mágica del ansia de muerte. En general, el parricida no guarda exacta memoria del acto asesino y le es difícil contarle. Para él —continúa el autor—, matar a otra persona no es simplemente matarlo sino destruirlo, hacerlo desaparecer, aniquilarlo, borrarlo mágicamente del mundo de los objetos. Con tales antecedentes, matarlo es simplemente darse el derecho a existir; al mismo tiempo, la existencia de la otra persona se hace indispensable para la propia existencia, la muerte ajena pone en juego la propia vida. Destruir al otro equivale a destruirse. A. Ochonisky considera que el parricida aparece como el asesino del otro, imagen especular de la propia conciencia. Es, según lo define su primitiva etimología, "el asesino de su semejante", de "su igual", y en ese sentido es el modelo de todos los crímenes.

Esto explica la conjunción entre el parricida y el suicida; el ideal del suicidio puede preceder al parricidio, o producirse el suicidio una vez cometido el parricidio y que "el doble movimiento de la destrucción del otro y de sí mismo suele darse en el parricida, para quien el asesinato del otro sigue siendo un suicidio" (A. Ochonisky).

M. Porot y otros, al referirse a las relaciones de objetos primitivos, se preguntan si el parricidio no pudiera ser la respuesta a la agresión sádica contra el cuerpo materno, que es parte de la persona identificada con el objeto malo. El suicidio, como dice M. Klein al referirse al melancólico, permite preservar y reparar el buen objeto al permitirle al suicida, por añadidura, la plena fusión con el objeto y su omnipotente control en la muerte.

A. Ochonisky aduce tres características que suele darse en los parricidas:

— deficiente sentido de la realidad; la muerte del otro es la mágica realización del deseo de hacerle morir;

— un especial sentido de la muerte del Otro: total aniquilación y mágica desaparición;

— unas especiales relaciones objetales.

Sabiendo que a veces el crimen es una acción automática, una especie de impulso sin significado, como un proceder imprevisto y discordante —propio de los esquizofrénicos—, el análisis de algunos casos (M. Bourgeois y P. Henry) señala que la psicosis, en su primaria e ingenua espontaneidad, permite la aparición del fantasma fundamental, con lo que se comete el parricidio.

Al estudiar un matricidio cometido por un adulto en estado crepuscular epiléptico, H. Ey señala cómo tal acción no fue producto del azar, sino que quedaba prefigurada ya en la ficción oniroide premonitoria, compuesta de imágenes incestuosas y obscenas que forman la trama del drama vivido por él, una urdimbre de significados inconscientes que se manifiestan a las claras al ponerlos en ejecución pero que posteriormente quedan cubiertos por el olvido en un proceso elaborador secundario.

Terapéutica. — Algunos autores, como P. Parrot, han aplicado con éxito un tratamiento psicoanalítico modificado en adolescentes agresivos; otros como A. Aichorn y K. K. Eissler, partiendo de bases psicoanalíticas intentan en una primera fase crear relaciones afectivas positivas en los delincuentes, con la intención de mitigar los síntomas agresivos que imposibilitan el análisis clásico, no interviniendo hasta llegar a una segunda fase en que los síntomas neuróticos, especialmente la angustia, permiten practicar el análisis. F. Redl y D. Wineman han ideado técnicas destinadas a dirigir la agresividad de estos sujetos y que consisten en programas capaces de incitarles a liberarse de una forma constructiva, ayudándoles a encontrar objetivos sustitutivos, con lo que se consigue reducir sus pulsiones hostiles a límites razonables e incluso liquidar completamente una parte de su odio.

Una buena "educación" puede ser muy eficaz en ciertos niños, pero no es viable en aquellos que odian e incluso resulta contraproducente; para que pueda aplicárseles un buen sistema educativo, es preciso haberles curado antes de las principales alteraciones de su Yo. Además estos niños no pueden tratarse con los medios de la "psiquiatría pura"; para que la técnica de los "coloquios psiquiátricos" pueda beneficiarles, es necesario que el funcionamiento de su Yo haya mejorado previamente y que sus defensas hipertrofiadas se hayan reducido considerablemente. El método empleado por F. Redl y D. Wineman consiste en desarrollar cierto número de técnicas dentro de un nuevo tipo de institución, la "Maison des pionniers". Los resultados conseguidos por esta técnica en un cuadro dado son: aumento de la capacidad para utilizar imágenes simbólicas, para recibir el afecto, para adaptarse al reglamento, disminución de la desconfianza frente al adulto, de los principales síntomas, (inseguridad, temor, ansiedad, etc.) así como la pronta desaparición de los ataques inmotivados.

B. — AUTOAGRESIVIDAD

Largo tiempo considerada como patológica, la autoagresividad existe en el desarrollo del niño normal y se inscribe en el conjunto de configuraciones motoras estudiadas con el epígrafe de *Hábitos y descargas motoras*. Podemos distinguir, a grandes rasgos, por una parte las automutilaciones evolutivas, y por otra las automutilaciones persistentes.

I. — AUTOMUTILACIONES EVOLUTIVAS

Las han estudiado I. Lézine y M. Stambak, así como S. A. Shentoub y A. Soulairac.

S. A. Shentoub y A. Soulairac ven dos tipos de comportamiento: el automutilador primario y la automutilación estructurada y orientada. En el grupo primero encasillan las siguientes posibilidades: morderse, arañarse, pellizcarse, arrancarse pellejos y costras, rascarse hasta sangrar, darse cabezazos, golpearse y tirarse al suelo. Dichas mutilaciones, de intensidad variable, son frecuentes hasta los 2 años y desaparecen posteriormente. Tales observaciones llevan a los susodichos autores a ver en la automutilación, al igual que en las descargas psicomotoras no automutiladoras, antes que otra cosa, los normales constituyentes de la personalidad, unos medios de adaptación, exploración, estructuración y satisfacción autoeróticas. Es interesante hacer constar que a medida que la curva automutiladora va descendiendo aparece una curva ascendente de la conducta heteroagresiva, que se inicia hacia los 12 meses y es muy frecuente a los 4 años. Entre los comportamientos automutiladores estructurados y orientados se señala la onicofagia, que va evolucionando progresivamente de los 2 a los 6 años.

La automutilación primaria que desaparece hacia los 2 años, es más frecuente en niños hipertónicos —como han mostrado I. Lézine y M. Stambak—, se da más frecuentemente a su vez en los niños que en las niñas, y por lo común irá desapareciendo en forma progresiva en el niño normal.

Según S. A. Shentoub y A. Soulairac, la automutilación primaria en el niño normal tiene lugar en una fase del desarrollo en que el niño no capta todavía el principio de causalidad. No prevé las consecuencias de un gesto ni controla la necesidad de descarga con el fin de evitar el dolor. Se convierte en una relación objetal muy valorada por quienes están a su lado y, consecuentemente, por el niño. En una fase mucho más evolucionada de la estructuración del Yo, hacia los 2 años, el niño normal será capaz de dosificar la intensidad del dolor que se inflige en proporción al beneficio que le produce. Este saber calcular se convierte en criterio de normalidad, al conservar el Yo su libertad de maniobra para comprometerse con la realidad.

II. — AUTOAGRESIVIDAD PERSISTENTE O DE APARICIÓN TARDÍA

Se ha descrito en lactantes faltos de los cuidados maternos (R. A. Spitz y K. M. Wolf), en niños internos en alguna institución sin un trastorno importante (A. Freud y D. Burlingham), y especialmente en niños retrasados o psicóticos (J. Berkson y R. K. Davenport, J. de Ajuriaguerra y F. Jaeggi, A. H. Green, etc.). En ellos podemos observar una espectacular conducta automutiladora: cabezazos contra

las paredes, contra los radiadores, contra los barrotes, con heridas graves, que a la larga ocasionan hiperostosis craneanas, mordeduras en la lengua, en los labios, en los puños y en los dedos, hasta extremos que llevan a la mutilación de dichos órganos. Son trastornos más o menos permanentes; normalmente suelen producirse por accesos, bajo una especie de ataques de furor autodestructivo. El niño asiste a sus actos más o menos impasible e indiferente, mientras que su acción autodestructora provoca el pánico en los suyos. Quienes asisten a su automutilación se extrañan de lo que hace, que normalmente debiera ir acompañado de inaguantable dolor.

Se ha comparado la automutilación con el síndrome denominado "indiferencia congénita al dolor". Se trata de niños, o adultos, sin aparente alteración psíquica que, sin dejar de ser capaces de sentir, identificar y localizar el pinchazo de una aguja, manifiestan una inhabitual tolerancia a los estímulos dolorosos, aun sin aparentar alteraciones neurológicas objetivas y concretas. Si bien en estos trastornos se ha pensado en una posible lesión de las vías de la sensibilidad, sin confirmación concreta desde el punto de vista anatómico, salvo en casos aparentes (D. E. Ogden y otros) pero no forzosamente equivalentes; no ocurre lo mismo con lo que llamamos *asimbolia al dolor* por lesión cortical. Dicho síndrome, descrito por P. Schilder y E. Stengel, se caracteriza por la falta o insuficiencia de reacción al dolor e incluso al peligro.

Hay importantes diferencias entre ambos síndromes y lo referente a la automutilación evolutiva. En la automutilación infantil del cuerpo, éste no sólo no reacciona ante los estímulos de dolor con algún mecanismo que trate de evitarlo sino que incluso los busca y pone empeño en obtenerlos. El problema no radica en el plano sensitivo ni en el de la simple acción en sí, sino que hay que entroncarlo, en la configuración evolutiva en que se produce el desarrollo.

La reacción del niño ante el dolor depende de los componentes constitutivos, de los componentes bioquímicos, que podrán actuar en el umbral del dolor o en su componente motor reaccional. Con frecuencia, reacción al dolor y sensibilidad dolorosa se inscriben juntamente en la personalidad del niño sufriente, aun cuando en general la reaccionabilidad al dolor depende de un especial componente que es la madurez emocional, que a su vez se inscribe en el pleno desarrollo de la personalidad.

El dolor en el niño tiene como característica la pronta reacción a toda excitación nociceptiva. Dichas reacciones se manifiestan por el alejamiento o repulsión del origen de la excitación; pueden ser globales y orientarse con toda rapidez. De no poder alejarse del origen, las reacciones tonicovegetativas son importantes. Las reacciones al dolor dependen del organismo infantil. El niño harto responde de forma distinta del que padece hambre, al igual que el despierto, comparado con el somnoliento. Dolor y peligro son dos ideas difícilmente separables en el niño. Desde muy tierna edad se enseña al niño a alejarse de ciertos objetos que pueden ser peligrosos, y también hay una complicidad entre el niño y la madre con el fin de evitar el dolor. Aparte de la sensación de dolor propiamente dicha, al niño le afecta además el que la madre tema verle sufrir. El dolor no sólo implica un sufrimiento sino que presupone como consecuencia la compasión y la gratificación, de tal forma que muy precozmente ya el dolor-agresión puede transformarse, en el sentido de relación, en dolor-afección. Dicha catexis afectiva se da mientras dura el desarrollo, como beneficio secundario.

La reacción que pretende evitar las agresiones perjudiciales o de hacerles frente está en relación, en un momento de la evolución, con el denominado instinto de conservación. Sabemos que en determinadas condiciones experimentales las excitaciones nociceptivas podrán perder su carácter agresivo.

Con posterioridad al experimento de Erofedieva con el perro, Sluvskaia ha puesto de manifiesto que la excitación, con tal de que el estímulo no sea excesivamente doloroso (produciéndose antes de la comida), pasado un tiempo, podrá considerarse como una satisfacción que la anuncia. Ciertos experimentos hacen ver que hay animales que se comportan "como si" el dolor pudiera convertirse en señal de un placer subsiguiente, o "como si" pudiera transformarse en fuente de placer.

J. Masserman adiestró a unos gatos a comer tras un leve shock eléctrico, pero, aparte del clásico experimento soviético, llegó a enseñarles a apoyarse en un conmutador para administrarse ellos mismos el shock antes de comer. Al dificultarles el paso hacia la comida, algunos de ellos se apoyaban repetidamente en el conmutador "como si quisieran" sentir, al menos, la sensación de faltarles la comida mediante el shock de dolor.

En el experimento de autoexcitación de J. Olds, unas ratas portadoras de electrodos, y, por consiguiente, capaces de autoexcitarse, se excitan, a veces, ininterrumpidamente; otras, evitan sistemáticamente estímulos inducidos por casualidad o permanecen indiferentes según la situación de los puntos estimulados. En su opinión, el punto positivo produce una recompensa, placer o agrado; el negativo, por el contrario, sensaciones punitivas, dolorosas o desagradables. Tales hechos, de por sí ya interesantes, se completan con otro fenómeno: colocado el animal objeto de experimentación en la alternativa de comer o excitarse, con frecuencia prefiere la estimulación eléctrica del cerebro a satisfacer su instinto de comer o beber, exponiéndose a la muerte por inanición o deshidratación. En otra serie de experimentos, el animal ha de cruzar una reja electrificada para accionar la palanca. Menospreciando descargas eléctricas en las patas, de bastante intensidad, la atraviesa para lograr, mediante la autoexcitación del cerebro, una reacción positiva.

La ambivalencia entre dolor y placer ya la habían señalado Groos y H. Wallon. Groos —citado por este último— señala la frecuencia con que el niño hace cosas en sí mismo aparentemente con idea de producirse dolor. Este hecho responde a una amplia necesidad de sentir —de hacerse sentir a sí mismo— impresiones de gran intensidad. Este autor aduce el caso de ciertos enfermos que se producen a sí mismos inconcebibles mutilaciones, salvo en aquellos en que su sensibilidad se suponga disminuida al máximo. Habla de masoquismo, señalando que en estos casos puede producirse una excitación sexual. Groos indica que en naturalezas muy cerradas en sí mismas, en quienes el gusto de la acción está mínimamente desarrollado, jugar con el dolor puede llevar a una especie de división en la conciencia: tras el Yo dolorido parece haber otro yo, que transforma el dolor en una satisfacción.

H. Wallon señala que el placer de las caricias puede tornarse rápidamente en irritación. Ciertos idiotas, por ejemplo, que en sus momentos de satisfacción suelen tocarse ligeramente la cara, los brazos o el cuerpo, se dan fuertes golpes si están descontentos o encolerizados. A veces estos ligeros roces se van transformando en golpes gradualmente, y las placenteras risotadas en irritadas vociferaciones. Este autor dice que hay una especie de recíproco estímulo entre la necesidad de sentir sensaciones cada vez más fuertes y la necesidad de utilizar, para lograrlas, una energía cada vez mayor. Son dos factores cuyos efectos se conjugan. Los golpes que se da el niño, pueden hacer el papel de espasmo emotivo o su equivalente, o bien de satisfacción periférica. La cólera parece encenderse e ir en aumento a medida que se golpea, como si los golpes se los diera otra persona, al tiempo que obedecen a su necesidad de golpear.

Tan sólo será eficaz su violencia al exasperarse con la exasperación del espasmo íntimo; de otro modo, el espasmo, al abolir toda sensibilidad, apaga incluso las mani-

festaciones de la cólera por la presión de una contracción total, de manera que —como señala H. Wallon— los golpes son tanto un alimento como un revulsivo. Al provocar las reacciones coléricas dan paso a la íntima excitación; en muchos casos la cólera es resolutive.

Ciertos autores achacan la acción autoagresiva a la desaferentación. G. Berkson y otros, por ejemplo, muestran que las acciones estereotipadas son más frecuentes en los ciegos deficientes y en los individuos con bajo C. I., e inversamente proporcionales al grado manipulador del ambiente, y que hay una correlación entre el modelo estereotipado —incluida la automutilación— y la proporción de manipulación real. También indica que este tipo de conducta estereotipada —incluida la automutilación— puede reducirse por la introducción de objetos de juego en el grupo y realizarse en mayor medida otras acciones. También se ha dicho que en realidad el problema es muy complejo, máxime en psicosis infantiles, y que la materia en que se produce la automutilación se comprende en el cuadro de trastornos del Yo en estos niños (W. Goldfarb): trastornos del esquema corporal, alteración de la diferenciación entre él y el no-él, imperfecta percepción e integración de los estímulos dolorosos, de lo que resulta una conciencia de sí mismo turbada.

En opinión de A. H. Green, la actitud paterna puede influir en el hecho de automutilarse, bien por no tratar de interrumpirla o por darles ánimos clara o veladamente —que representa una evitación a la implicación dolorosa—, si no responden prestándole atención al niño exclusivamente cuando éste se hace daño, o cuando se le ignora en otras ocasiones. Vengan de donde vinieren, la percepción y comprensión de los estímulos de dolor pueden dificultar la diferenciación del Yo y que el Yo se mantenga en sus justos límites.

A. H. Green y otros creen que unos modelos rítmicos de la primera infancia, utilizados como medios de adaptación para señalar los límites del Yo, pueden convertirse en una acción automutiladora más estructurada y hacerse permanentes en la actuación del niño. Así, se describe la secuencia siguiente: 1.º Balanceo, respuesta de adaptación por la aportación de los sentidos. 2.º El niño se golpea la cabeza al balancearse, con posibilidad de repetición, según el placer que en ello encuentre. 3.º La casual *offensa capitis* (*head bangings*) puede desarrollarse y convertirse en constante en la conducta. 4.º La *offensa capitis* puede transformarse en precursora de automutilaciones condicionadas por la actitud de los padres.

Según S. A. Shentoub y A. Soullairac, en los psicóticos y en los retrasados hay que interpretar de diverso modo la actitud ante el dolor. En las psicosis infantiles, en que el Yo no es capaz de mantener o reconstruir relaciones de objeto, perfectamente apropiadas y de dosificar las distancias en las relaciones, también se muestra incapaz de dosificar el dolor y la relación de objeto en sí misma. En estos niños las relaciones de objeto vienen regidas más por fantasmas que por la realidad.

A título de hipótesis se preguntan si, al ser la deficiencia del esquema corporal una de las raíces de los fantasmas regresivos, habrá una relación directa entre un esquema corporal deficiente y la incapacidad por parte del niño de reaccionar al dolor que a sí mismo se inflige, con sus descargas automutiladoras. Como contrapartida, piensan que la intensísima, espectacular y estereotipada automutilación de los retrasados no permite aceptar la hipótesis de fantasmas elaborados o regresivos. En su opinión, la incapacidad del idiota para frenar el dolor ocasionado, parece ser debida al automatismo de su conducta, cuya estructura está a nivel de los reflejos.

Para A. H. Green, la automutilación es, básicamente, un fenómeno aprendido, ampliamente organizado por influencias del medio, según el principio del condicionamiento operante. Será el derivado de anteriores adaptaciones no aprendidas que

mantienen la homeostasis frente a déficit sensoriales y a la alteración del yo. Cree que la primera automutilación y sus modelos precursores carecen de contenido fantasmático y de sentido conflictivo. Al establecerse más firmemente el modelo automutilador, puede cargarse secundariamente de contenidos fantasmáticos y utilizarse con vistas a resolver un conflicto intrapsíquico.

La autoagresividad puede considerarse como reacción puramente refleja o bien como acción exploratoria, de necesidad de sentirse, contribuyendo a la orientación y organización del esquema corporal. Posteriormente perderá su significado dada la existencia de otros mecanismos formativos, no obstante pudiendo persistir en ciertas afecciones como reliquia, como fijación en un período anterior, o como regresión al reaparecer tardíamente. Lo que era raíz formativa se transforma en una estereotipia que ha perdido su sentido originario, por más que el niño causante y receptor del dolor todavía pueda encontrar satisfacción en ello.

III. — EL SUICIDIO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Entre las acciones autodestructoras, el suicidio juvenil tiene como característica ocasionar o poder ocasionar la muerte. Su explicación psicodinámica no depende de lograrlo o no, sino de la perspectiva de quien lo intenta. Frecuentes en la adolescencia, raros en el niño de menos de 10 años, los intentos de suicidio juveniles suelen dar la impresión de una apuesta cuya ambigüedad plantea el problema del “ansia de morir”, que algunos consideran fundamental por su misma definición.

Desde el artículo de Durand Fardel, en 1855, se han publicado numerosos estudios sobre este tema, cuya revisión se puede encontrar en el artículo de D. J. Duché, y en el excelente análisis psicodinámico de A. Haim en el adolescente.

1.º Problemas generales

La frecuencia y proporción del suicidio por edades permite establecer una clara diferencia entre las raras tentativas anteriores a los 10 años y las relativamente frecuentes de entre los 10 y los 15 años, con un acmé entre los 15 y los 18 años. En las estadísticas de Z. Szymanska y S. Zelakowska, que prácticamente coinciden con otras estadísticas conocidas, hallamos un índice de suicidios del 4% entre los menores de 10 años, del 29% entre los de 10 a 15 años y del 67% en los de 15 a 18 años.

El suicidio infantil más precoz conocido es el de los 5 años (P. Moreau de Tours, J. M. Toolan, H. Bakwin). Según estadísticas norteamericanas aportadas por H. Bakwin, el número de muertos por suicidio en niños de 10 a 14 años es semejante al de muertos por apendicitis, tuberculosis, diabetes y meningitis cerebrospinal. En el orden de frecuencia de fallecimientos en muchachos de 15 a 19 años, el suicidio aparece en cuarto lugar, únicamente superado —a esa edad— por los accidentes de vehículos de motor, cáncer y ahogados. En Francia, entre los 15 y 19 años, el suicidio ocupa también el segundo puesto entre las causas no accidentales de muerte (estadísticas oficiales del I. N. S. E. E., 1966, citadas por A. Haim).

En cuanto al sexo, es más frecuente el suicidio en varones que en las mujeres hasta los 15 años, pero a partir de dicha edad es mayor entre las mujeres. Así y todo, A. Haim comprueba que el número de suicidas masculinos sigue siendo en total más elevado.

La proporción entre suicidados —los realmente muertos— y suicidas —quienes han intentado suicidarse, en términos de P. B. Schneider— puede estimarse en 8 en el primer caso y 10 en cuanto a los segundos; en niños y adolescentes corresponde a un muerto por cada 50 suicidas (J. Tuckman y H. E. Connon), siendo el número de suicidas más elevado en las mujeres que en los muchachos.

En cuanto al *medio cultural*, parece ser que las tentativas de suicidio son más numerosas entre los blancos que entre los negros (EE.UU.), entre habitantes de la ciudad que en los pueblos, en profesiones liberales que entre trabajadores manuales.

En cuanto al *medio familiar*, casi todos los autores coinciden en dar gran importancia a las alteraciones de la organización familiar. M. Schachter y S. Cotte se fijan en la relativa frecuencia del fallecimiento de los padres (25%), de muchachos hijos de padres desconocidos (11%) o ilegítimos (5,7%), y el abandono del hogar por uno de los padres en un 3%, aproximadamente, de casos. Al estudiar el puesto que el suicida ocupa entre hermanos, F. J. Kallmann y otros señalan una desproporción entre los primogénitos, mientras que la proporción entre suicidas y fallecidos por cualquier otro motivo en el caso de hijos únicos se mantiene igual. En psiquiatría infantil de urgencia, A. Mattsson y otros comprueban la misma proporción de familias incompletas en las de los suicidas.

La *filiación religiosa* ejerce, según H. Bakwin, notable influencia preventiva en el número de suicidas ya que ofrece solución a muchos problemas, por el hecho de pertenecer a un grupo, especialmente el de la Iglesia Católica que se afirma por su oposición a la autodestrucción. Según este autor, el número de suicidios es mucho menor en países católicos que en países protestantes. Esta idea ya clásica, comprensible en cuanto a las personas adultas, no la sostienen las estadísticas de J. M. Toolan ni las de R. Fau y otros. En general, a los niños católicos que tratan de suicidarse se les considera más seriamente deprimidos que a los niños protestantes (A. Mattsson y otros).

Las *modalidades del suicidio* cambian según la edad y el sexo. De manera esquemática (P. le Moal), los niños de 10 a 14 años se cuelgan, los de 15 a 19 años se suicidan con armas de fuego, las muchachas de 10 a 19 años se ahogan. En la actualidad es frecuente el empleo de tóxicos, especialmente barbitúricos (35%), tranquilizantes (24%), medicamentos corrientes como la aspirina y la quinina (20%), neurolépticos y antidepresivos (8%) y otros (12%) (M. Gaultier y otros). En opinión de A. Mattsson y otros, el procedimiento más frecuente es la ingestión de medicamentos. Es unánime la opinión de que colgarse o estrangularse es algo excepcional en el género femenino; algunos autores (A. W. Stearns, K. Simpson, L. W. Shankel y A. C. Carr) hacen hincapié en los componentes sexuales y masoquistas de dicho procedimiento. También hay que señalar algunos suicidios propiciatorios por el fuego, y en señal de protesta, entre adolescentes (1968-1970).

2.º Etiología

Herencia y medio psicosocial del joven suicida. — La herencia de los niños suicidas ha sido estudiada por diversos autores y en general han encontrado un porcentaje elevado de "taras" suicidas o psiquiátricas. En aquellos casos en que se encuentran suicidios en la familia, puede achacarse a una proyección o a una imitación de los suicidios paternos o familiares, o también en algunos casos a una herencia maníaco-depresiva. La importancia concedida a la herencia no ha sido confirmada en el estudio realizado por F. J. Kallman y cols., en 17 pares de gemelos dizigóticos y en 10 pares de gemelos monoigóticos. Estos autores niegan la posibilidad de que haya un factor genético especial que predisponga a una persona al suicidio y consideran que no puede explicarse por determinado tipo de personalidad o de constitución genética, ni por la combinación de frustraciones sociales y angustia personal, ni por un síndrome psicótico especial.

Alteraciones de la organización sociofamiliar. — Casi todos los autores coinciden en señalar que el niño suicida se desarrolla en un medio psicosocial inadecuado. Se hace muy difícil definir las llamadas causas sociales; el problema estriba no sólo en la aportación del medio sino del "cómo" el niño en desarrollo percibe dicho influjo.

Cabe afirmar que la sociedad actual da más impresión de inseguridad, y que en

conjunto hay cierto desfase entre lo que la sociedad exige desde el punto de vista intelectual y la seguridad afectiva que proporciona. Esto es especialmente visible al nivel escolar, que en vez de ser un lugar creador de relaciones, un ambiente para madurar, se transforma en un terreno de competición, a veces despiadado, causa de la falta de unión entre profesores y alumnos y de extrema envidia entre los compañeros, al valorarse muy poco el éxito y juzgar el fracaso sin miramiento alguno, prescindiendo por completo de la personalidad total del niño.

El cambio de la sociedad respecto a los problemas sexuales también es ambiguo. Tales problemas son conocidos y aceptados por el niño y la sociedad, pero sólo tras una aparente claridad, se plantean todavía con mayor ambigüedad que en generaciones pasadas.

La información que ofrecen prensa y cine no influye directamente en el suicidio, aun cuando a ciertos niños o adolescentes venga a confirmarles sus ideas previas y facilitarles la elección del medio de realizarlo.

Casi todos los tratadistas señalan la frecuencia del desacuerdo familiar, por no tratarse de un auténtico hogar o por evidente mal entendimiento entre los padres, por rechazo de la madre, o como señalan insistentemente muchos autores, por falta del padre, bien por ausencia real o por carecer de prestigio ante los niños, comunicándoles la impresión de falta de seguridad y valía (A. Haim). Para J. M. Sutter, el suicidio entra en el del "síndrome de falta de autoridad", lo que produce falta de continuidad e incoherencias en la personalidad y su actuación, falta de relación interhumana y tendencia a considerar el suicidio como solución a las diversas dificultades. Mas, como dice A. Haim, dicho síndrome tan sólo es "el efecto visible y parcial del sutil juego del proceso identificatorio e integrador de los conflictos de la infancia".

Factores psiquiátricos. — Se ha descrito al joven suicida dentro de distintos cuadros nosológicos, que van desde la depresión simple a la esquizofrenia o la psicopatía, y que resultan difíciles de comparar, pues varían según el tipo de clasificación seguida (E. Ringe; Z. Szymanska y S. Zelazowska; D. J. Duché; etc.). A. Haim llega a la conclusión, a partir de su revisión de la literatura y de su propia experiencia clínica, de que la mayoría de los casos pueden considerarse "normales", o si acaso presentan rasgos patológicos aislados tan poco definidos y estructurados, que no permiten encuadrarlos en ninguna entidad nosológica. La falta de estructuración permite abrigar la esperanza de una evolución espontánea favorable (P. Porot y cols.), pero también el temor de que estos jóvenes conserven durante toda su vida este aspecto de incompletos.

J. M. Toolan cree que hay una diferencia entre la personalidad de los adolescentes suicidas y la de los niños más jóvenes. En los adolescentes se dan de manera especial discordancias en su conducta y su carácter, reacciones depresivas o desajustes, mientras que los niños menores tienen una personalidad más alterada, de forma que en la mayor parte de dichos casos puede diagnosticarse esquizofrenia o reacción esquizofrénica.

Encasillar a estos niños en un cuadro nosográfico suele ser tranquilizador para los clínicos; conceptos como "depresión reaccional", por ejemplo, no definen sino la descompensación de una personalidad que hay que definir. El suicidio en niños o adultos esquizofrénicos no autoriza a extender el concepto de psicosis, en el sentido clásico de la palabra, al joven suicida.

Muchos autores han querido describir un *síndrome de presuicidio*, de importancia práctica con objeto de apreciar el peligro de suicidio; la mayoría de estos estudios versan sobre el adulto. Quienes han estudiado el problema en el niño se fijan muy

especialmente en los componentes depresivos. Habiendo estudiado 581 casos con una exploración psiquiátrica de signo satisfactorio, U. Otto trata de establecer las diferencias entre su personalidad habitual y su conducta en los tres meses que preceden a las tentativas de suicidio. Los puntos que señala son los siguientes: una sintomatología depresiva en un 38,3% de casos, sintomatología neurótica en un 30,1% de casos, cambio de conducta social en un 12,1%, cambio de tipo irritación, agresividad, afectividad lábil en 16,2% y sintomatología psicótica de tipo esquizofrénico en un 3,2% de casos. El autor llega en su estudio a la conclusión de que no existe síndrome presuicida del niño y del adolescente, pero que el cambio más frecuente en los futuros suicidas, en el período que precede a la tentativa, consiste en depresión y síntomas como ansiedad, agitación, alteración del sueño y síntomas psicossomáticos; los cambios de carácter asocial y lábil afectividad, de irritabilidad y agresión, son menos habituales. A. Mattsson y otros señalan la importancia de signos típicamente depresivos en anteriores semanas: retraimiento, cambios de humor y en el rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa y autoestimación, llantos repentinos, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito, actividad motriz disminuida.

Pasar a realizar el acto de suicidio puede ser fruto de una elaboración de la representación del suicidio con incomunicación y pérdida de seguridad en sí mismo, y a veces con una reacción en cortocircuito en un agudo marco emocional.

Síndrome presuicida y desarrollo del acto suicida. — No ocurre siempre del mismo modo; tan pronto se presenta como una acción rápida, impulsiva, sin poderlo sopesar serenamente y se realiza en un momento de disminución mayor o menor del grado de conciencia, como es el resultado de haberlo ido pensando más o menos prolongadamente, de premeditación más o menos madura, de mayor o menor reflexión. Puede producirse tras una serie de fantasmagorías en que el sujeto en cuestión se complace, en que dicha acción se ha realizado repetidamente en la imaginación, como su resultante en relación a sí mismo —goce narcisista o de calma— o con respecto a los demás —amor recobrado mediante un sacrificio cuyo castigo produce simultáneamente el castigo de la otra persona—. Da la impresión de que, a veces, no hace falta gran cosa para que el fantasma se torne realidad y haya gran diferencia entre las llamadas causas desencadenantes —mínimas en ocasiones— y el desencadenamiento de la acción. Al destino se le pide mágicamente una decisión —“es el destino anónimo, sin rostro ni objeto, al que uno se encomienda” (R. Fau y otros)—. A veces no es una acción, sino la posibilidad del acto, por lo que una vez realizada, el suicida suele recobrar y el acto propiciatorio disminuye sus tensiones.

Ciertos autores describen el desarrollo del acto relacionándolo con determinada organización de la personalidad del niño o del adolescente suicidas; otros establecen clasificaciones del comportamiento o de la conducta del suicida.

G. Deshaies distingue cuatro formas de suicidio infantil:

— Suicidio emotivoimpulsivo, que responde a la modalidad de reacción psicoorgánica del estado infantil, por ser la emotividad infantil viva, fácil y espontáneamente incontrolada; sin freno. Profundizando en dichas observaciones se advierte, junto a la aparente instantaneidad del trastorno, una acumulación de fenómenos emocionales y el sugestivo influjo de un recuerdo conmovedor.

— Imaginativo: el niño imita una acción externa recreándola imaginativamente en su fuero interno, con sentido a veces totalmente extraño al sentido objetivo del acto.

— Suicidio pasional, que se asemeja al del adulto, que va guiado por la pasión, los celos por un hermano, por una hermana, un compañero o un familiar cualquiera.

— El suicidio simulado, explotado por el niño con más o menos sentido utilitario. E. Ringel distingue tres tipos de suicidas:

— El suicida impulsivo, sin factores inhibidores, incapaz de soportar una frustración y de prever las consecuencias de una acción.

— El suicida neurótico, resultado de una larga historia de neurosis.

— El suicida que llega a serlo por alteración psicopática; en este caso el niño amenaza o intenta suicidarse como manera de coaccionar a quienes le rodean.

Reincidencia en el suicidio. — Por más que tras la tentativa de suicidio el niño y el adolescente encuentran cierta tranquilidad, no por eso son raras las reincidencias. Lo demuestra a las claras la estadística de F. J. Duché, con 107 casos de primera tentativa, 43 de segunda, 10 de tercera y 7 de cuarto intento, o más. M. Gaultier y otros no han podido señalar criterios clínicos que favorezcan la reincidencia; la falta de los padres, el sexo, etc., no parecen importar nada. No obstante, la reincidencia suele darse en quienes viven solos, y es claramente menos frecuente entre los estudiantes. Parece que el criterio clínico sea la soledad y los antecedentes psiquiátricos, ya sean personales o familiares. Insisten en que tanto los psicópatas como los histéricos, los deprimidos como los incomprensidos, pueden —tras un primer fracaso— adquirir experimentalmente una turbia familiaridad con la idea de la muerte. Según el estudio catamnésico de Z. Szymanska y S. Zelazowska, el 9% de los casos estudiados repitieron los intentos, el 15,7% permanecieron desequilibrados, sin mejoría alguna, y en el 13,2% el intento de suicidio no aportó cambios en su vida cotidiana ni modificó los rasgos de su carácter. En un 59% de los casos la tentativa tuvo decisiva importancia en forma de cambio en las relaciones entre padres e hijos.

Otro estudio catamnésico, realizado entre 10 y 15 años después de una tentativa de suicidio de niños y adolescentes, señala que el número de los que han muerto —la mayoría por suicidio— es claramente superior al número correspondiente de un grupo de control (U. Otto, 1972).

3.º Patogenia

Es difícil abordar la patogenia del suicida juvenil sin tener en cuenta lo que a esa edad representan la vida y la muerte en relación consigo mismo y con los demás. La vida no sólo es amor y satisfacción sino también agresión, hostilidad e inseguridad. La muerte no sólo es desaparición como persona física sino que puede ser una manera de resolver los conflictos. El fantasma del suicidio o el acto de suicidarse no se entiende al margen de la evolución amorosa y del odio, como aspecto formativo de la personalidad que se modifica a lo largo de la evolución y adquiere un sentido diferente por las sucesivas reminiscencias.

Sucesivamente estudiaremos la evolución del concepto de representación de la muerte en el niño y la dinámica de la personalidad y el comportamiento suicida.

Cómo se representa la muerte en el niño. — Esto no es algo en sí ya dado, sino que sigue una evolución analizada ya por algunos autores. Para A. Gesell, a los 4 años la idea de la muerte es muy limitada y no supone emoción especial alguna. Hacia los 6 años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte y el temor de la muerte de la madre, sin creer en la posibilidad de su propia muerte. Hacia los 7 el niño piensa en la muerte como una clara experiencia humana, pero sólo vagamente se le ocurre pensar que ha de morir un día. Hacia los 8 es capaz ya de aceptar el hecho de que todos, incluso él mismo, han de morir, y

hacia los 9 aceptará con todo realismo el hecho de tener que morir más adelante.

R. Cousinet distingue 4 etapas:

- En una primera etapa el niño será totalmente incapaz de comprender el problema.
- En una segunda etapa la muerte será para él como una ausencia, como una larga enfermedad, como una desaparición provisional.
- En una tercera etapa la muerte se integra en una imagen del mundo por los elementos sociales concretos con que se revela al niño (lutos, ceremonias, entierro).
- En una cuarta etapa, antes de la adolescencia, aparece elaborada la idea de su irremediable destrucción. El autor cree que la imagen de la muerte pasa de lo abstracto a lo concreto.

Con toda la razón G. Deshaies, G. Heuyer, S. Lebovici y A. Giabiani rebaten las ideas de R. Cousinet. Para ellos, la idea de la muerte pasa de lo concreto a lo abstracto, de lo particular a lo universal, de lo sincrético a lo sintético.

— Inicialmente no se piensa, no se comprende ni existe la muerte; tan sólo se capta el fenómeno —más concreto— de la vida, en relación con la experiencia normal del niño, que en ese momento ni siquiera se la imagina.

— Posteriormente el niño percibe y comprende que falta algo o alguien, y compara la muerte a un viaje, a una ausencia, a un sueño, a una enfermedad y a otra forma de vivir, pero en un sentido tan concreto como cuando le falta mermelada para ponerla en el pan.

— Por último, capta y explota personalmente todo el aparato del duelo, pudiendo dar origen a un juego.

Según H. Wallon, el problema del crecimiento, de la vida y de la muerte, escapan al niño, al menos hasta los 9 años. Son todavía “cosas lejanas” que aún no sabe construir en la realidad. La idea de la muerte se confunde al principio con circunstancias externas, y el niño no parece sentirla como amenaza para sus instintos vitales. La muerte es algo así como un estado diferente; los muertos y quienes pueden morir pertenecen a otra categoría humana. Para que llegue a admitir que también ha de morir ha de poder afirmar previamente que todo el mundo ha de morir; el silogismo es perfecto, pero no tiene el convencimiento de que ha de morir. En el niño la muerte es, antes que nada, un conjunto de imágenes de relaciones flotantes y reversibles. Pasará mucho tiempo antes de que sepa oponer muerte y vida, máxime teniendo en cuenta que no posee una idea estable, coherente y precisa de la vida. Durante mucho tiempo no imagina la muerte sino mediante circunstancias más o menos espectaculares, que por otra parte son las circunstancias concomitantes que le confieren los vivos.

Para E. Förster, el niño no distingue entre la vida y la muerte, como hace el adulto, por tener distinta idea del tiempo; no comprende que la muerte haya de ser eterna. La ausencia de introspección y la falta de conocimientos de la propia individualidad hace que la muerte no tenga para él el sentido angustioso y cruel que tiene para la persona mayor. Estar muerto no significa mucho más que estar lejos. Por eso los niños, aun cuando no temen a la muerte, no la buscan positivamente, sino en muy raras ocasiones. La idea de la muerte no cabe en ellos.

En una encuesta de C. Deshaies, casi todos los niños coinciden en el rechazo de la muerte, pero hay un 6% que la consideran deseable —niños de 11 a 14 años—. Ven en la muerte el final de su vida, un descanso, una suerte fatal, y todos rechazan la idea de renacer y de una nueva vida; para la mitad de ellos, la muerte no es terrible ni dolorosa.

De los estudios genéticos se desprende que el niño no ve en la muerte un inevitable final de su existencia y que el sentido personal o social de la muerte se le va apareciendo muy poco a poco. El problema de la muerte no cabe reducirlo a un conocimiento intelectual ya que, desde muy pronto, el niño tiene vivencias autodestructoras, impresiones de aniquilación. No podemos afirmar que el animal tenga un sentido de la muerte, por más que da muestras de pasividad y se niegue a comer al desaparecer o morir su dueño. La ausencia más o menos pasajera del otro, del objeto amado, también es una separación a la que el niño no permanece insensible. Para S. Anthony, en la mente infantil la muerte equivale a una separación, la máxima agresión, con peligros y miedo. Como dice M. Mahler, el pequeño tiende a ver en la muerte de uno de sus padres una separación que le deja solo y abandonado, de forma que puede reaccionar con un sentido de culpabilidad y tener el convencimiento de que se trata de un castigo, por sus propios deseos o por haberse comportado mal en cualquier momento.

El niño no vive la muerte tan sólo por sus consecuencias; por un lado, manifiesta una visión muy completa y realista de la muerte, sin comprender sus últimas implicaciones. Se halla implicado en lo que piensan los demás y en las consecuencias que eso ocasiona. Como indica L. Bender, “el niño siempre vive en un mundo de incertidumbre verbal y de misteriosas implicaciones llenas de amenazas y de peligros. Trata de escapar al misterio, a la muerte, buscando un refugio en la experiencia concreta. De ahí el principio de actitudes realistas y, la generalización a partir de una única experiencia concreta que al niño le basta para excluir la incertidumbre. El proceso en que se produce el paso de la forma abstracta del pensar a la forma concreta consiste, en parte, en la incorporación de la experiencia ajena a la propia”.

Como apunta A. Haim la idea de muerte experimenta en el adolescente la misma evolución que el conjunto de la personalidad. La acción unificadora de la genitalización liquida la disociación entre afecto y concepto, al tiempo que amplía la capacidad intelectual. Sentimiento de muerte, angustia de la muerte, e idea de la muerte se asocian posibilitando así el conocimiento de la muerte, al mismo tiempo que la reactivación de los instintos más arcaicos provoca de nuevo la aparición de la angustia de la muerte. La manipulación de la idea de muerte es a la vez una actividad estructurante y un mecanismo de defensa contra las pulsiones que el adolescente teme no poder dominar. El adolescente espera alcanzar el conocimiento de la muerte racionalizándola, sin avivar demasiado su angustia. El manejo de la idea de muerte participa de la toma de conciencia necesaria para alcanzar la madurez, ayudándole a darse cuenta de su autonomía y de su libertad. Encuentra así el placer de definirse y conocerse, de controlar sus instintos de muerte, de tantear su libertad. El hecho de pensar en la posibilidad de morir voluntariamente proporciona al adolescente la certidumbre de que vive y le ayuda a definirse como ser vivo.

Dinámica de la personalidad y de la conducta suicida. — Desde las primeras reuniones psicoanalíticas sobre el suicidio infantil, celebradas en 1910, A. Stöcker ha hecho hincapié en las tendencias agresivas del niño como explicativas del suicidio. Su opinión es que no se suicida quien no tiene idea de matar a otra persona. Cuando se tiene esta idea, surge el autocastigo, al cual viene a sumarse la idea de castigar a los padres, dado que los niños son conscientes de que el suicidio es el castigo más cruel para ellos. A. Adler emite la hipótesis de que el suicidio es como una hipercompensación ante una protesta viril, como una necesidad de dominar su entorno con objeto de estudiar el sentimiento de inferioridad. El niño puede decidir su muerte

para demostrar a sus semejantes su propio valor y hacerles proseguir con lo que él está a punto de perder.

Muchos autores vienen insistiendo desde aquellos días en que en el fondo lo que les ocurre a dichos niños, es falta de afecto por el hecho de tornar la agresividad contra sí mismos y porque el suicida puede tender a identificarse con una persona muerta, real o fantasmática (L. Despert). Veamos cómo describe L. Bender los mecanismos del suicidio:

"El niño ha reaccionado ante una situación insoportable tratando de huir. En general, situaciones insostenibles suelen ser la falta de cariño, o al menos el niño cree que es insuficiente para responder a las necesidades, que en ciertos casos son suficientemente grandes por insuficiencia orgánica o por falta de sociabilidad. Dicha privación provoca tendencias agresivas inicialmente dirigidas contra quienes le niegan su cariño. Influido por los sentimientos de culpabilidad, las tendencias agresivas se vuelven contra él mismo. Pueden aumentar por factores de constripción, por asimilación con un padre agresivo o con cualquier otra persona agresiva de su propia familia... El intento del suicida es al mismo tiempo una represalia contra quienes le rodean y un procedimiento para lograr más amor. A su vez, morir suicidado es reunirse con el objeto amado, en paz y amor. Los suicidios infantiles por decepciones en cuanto a la afectividad, son otras tantas tentativas de recuperar el objeto amoroso que —en su más profundo significado— es siempre uno de los padres."

De hecho, los mecanismos del suicidio se asemejan a la explicación del suicidio del adulto, en el plano de la agresión o de la pérdida del objeto de la libido. Según A. Garma, el mecanismo de la agresión será el siguiente: agresión del ambiente, con imposibilidad de agresión o de giro de la agresión contra el Yo, y de ahí el suicidio. En la pérdida del objeto libidinal, el Yo puede tratar de recuperar el objeto perdido, siendo imposible recuperarlo y la identificación del Yo con el objeto perdido.

Algunos autores hablan de auténtica o falsa tentativa de suicidio, de chantaje de suicidio y de intento serio de suicidarse. P. le Moal dice que chantajear con la amenaza de suicidio es amenazar formalmente o hacerlo sin poner todos los medios, con el propósito más o menos consciente de engañar a sus semejantes y sacar un beneficio. La auténtica tentativa de suicidio se caracteriza por desear el niño la muerte ya que la vida le es más o menos conscientemente insoportable.

Nos desagrada la expresión de chantaje con el suicidio, concepto peyorativo que puede tornarse agresivo en el observador. Preferimos, en resumen, distinguir dos grupos de ideas o tentativas de suicidio: el suicidio de transición o de medio y el de la personalidad formada ya en la autodestrucción.

En el primer grupo el intento de suicidio se presenta como un diálogo mediante el acto, como llamada, protesta, venganza y oposición. Es una forma de manifestarse, de expresarse, en la que el otro siempre está más o menos presente. El suicidio adquiere cierto valor no sólo en vistas a quien lo intenta, en el momento de ejecutarlo, sino por la reacción que espera o imagina poder provocar en los demás. Hasta cierto punto, cabe afirmar que el acto es un discurso en el cual quien desea que algo se produzca, se castigue y castiga a un tiempo a los demás, al figurarse la desolación y la tristeza de la persona a quien se dirige el suicida con su acción; le hace comparir su castigo y sus angustias. Mediante el suicidio el otro es copartícipe de un diálogo que no pudo expresarse de otro modo. Son personas de gran "voracidad", siempre en busca de satisfacciones y frustrados en su búsqueda de afecto. Ésta es la forma más característica de la niñez o de ciertas modalidades de retraso afectivo de la adolescencia.

En el segundo grupo, la organización de la personalidad en forma autodestructora se presenta como ruptura de diálogo, viéndose en el suicidio la única salida a una realidad hostil y opaca. ¿Podemos seguir viviendo cuando nuestra agresividad es tan fuerte que se queda dentro de nosotros sin que podamos utilizar nuestros mecanismos proyectivos para encontrar la paz, cuando no podemos establecer la relación con nosotros mismos, cuando, al no disponer de suficientes mecanismos de reparación, no vemos en los otros amor ni confianza, y dentro de nosotros mismos, "el más violento odio contra el más violento odio"? (M. Klein). El odio, vivo en la realidad o fantasmático, que despierta las frustraciones de nuestra infancia, puede ser sumamente fuerte en la adolescencia, momento en que la necesidad de rebelarse y de ser independiente coinciden con la falta de goce; el joven no dispone del placer frente a sus fuerzas autodestructoras. En este caso, el suicidio es la solución que se presenta o que toma el suicida pretendiendo resolver la explosiva tensión. Quien se siente abandonado, está lleno de resentimiento, más consigo mismo que hacia los demás. Cuando está a solas, se plantea ininterrumpidamente sus razones vitales, se enjuicia constantemente al hablar, y el intento de suicidio es su razonamiento consigo mismo. Su rebeldía es tan grande que únicamente puede manifestarse como fuerza autodestructora; es bastante típico de ciertas formas prepsicóticas del período infantil prepuberal.

Se trata, evidentemente, de dos grupos esquemáticos, y que en el estudio de los niños suicidas nos encontramos con gritos angustiosos de llamada o de castigo: "¡quiere o me muero!"; este código con frecuencia se transforma en "¡quiere o moriré, y así quedarás castigado!"; o incluso, "te odio porque no me quieres bastante y tengo que castigarte por odiarte". Sadger ha señalado que "sólo quien no espera ya el amor acaba con su vida". No le contradice A. Malraux cuando escribe que "no se mata sino para seguir viviendo".

4.º Tratamiento

Desde el punto de vista terapéutico es evidente que los ansiolíticos y los neurolépticos pueden beneficiar en ciertos casos al suicida; también los antidepresivos, en la medida en que se supone un lazo entre suicidio y depresión. Pero en cualquier caso un tratamiento psicoterapéutico resulta indispensable; esta psicoterapia debe ser flexible pues, como dice A. Haim, se va a encontrar sobre todo en los adolescentes, frente a un carácter arcaico en el que se confunden la demanda, la desconfianza, la defensa narcisista, el humor inestable, la dificultad para verbalizar las emociones y que da mayor importancia a los elementos no verbales. Este autor señala que a veces los adolescentes limitan el problema de la libertad del hombre al hecho de disponer de su vida, cuestión que no se puede eludir; pero el argumento de la no-intervención en nombre de la libertad es poco convincente: quien se mata, no lo hace para ejercer su libertad de morir, sino porque ya no conserva la libertad de vivir. Ayudarle a ser libre es ante todo, ayudarle a conseguir el medio (en todo su sentido) de vivir. No hay que olvidar, como dice A. Haim, que el deseo de vivir está siempre presente en el suicidio, y que el acto suicida responde muchas veces al abandono de los demás, a que sus peticiones de ayuda no han sido escuchadas.

IV. — PROPENSIÓN DEL NIÑO A LOS ACCIDENTES

Al estudiar el modo de autopreservarse, L. Frankl declara que este problema no se lo plantea el ser humano recién nacido, sino que es la madre quien se encarga de este cometido; el autoconser-varse aparece cuando el niño, progresivamente, va "delimitando su propia entidad individual" (M. Mahler), por más que cambia en cada persona. A. Freud llamó la atención frecuentemente sobre la función materna en el acceso del niño a la capacidad de amoldarse al mundo de los mayores que le rodea, y cómo la madre realiza ese cometido, tal vez decisivo para la futura autopreservación del niño. Según las constantes del desarrollo de A. Freud, los principales pasos para el funcionamiento del Yo en cuanto a la autopreservación, son: más clara orientación en el mundo externo, comprensión de causa-efecto y control de ansias peligrosas, a favor del principio de realidad; ciertos accidentes pueden estar en relación directa con la regulación de la capacidad de tolerar las frustraciones. El que en el niño sigan expresándose los conflictos a través de la acción antes que por fantasmas es un elemento mayor que contribuye a aumentar la tendencia a tener accidentes.

La propensión a los accidentes ha dado lugar a numerosos estudios de los psicólogos industriales, pero ha tenido que pasar algún tiempo antes de estudiarla en la niñez. El máximo de accidentes en el niño se da entre los 2 y los 5 años. A. Gesell y F. Ilg han estudiado las características de los accidentes entre los 2 y los 10 años, llegando a la conclusión de que cada edad tiene sus propias particularidades. Son más frecuentes los accidentes entre los niños que entre las niñas. Pero ocurren normalmente a todos los niños por su torpeza corporal y manual, por no saber planificar, por su deseo de tocarlo todo y por la inconsciencia de algunas de sus acciones, para las que no están preparados o cuyo significado desconocen.

Hay un verdadero problema, el de los repetidos accidentes, tratado en recientes estudios, de los que se hace revisión crítica en los realizados por H. y R. Bakwin y G. Vaughan. Podemos señalar algunas características de dichos niños así como de quienes les rodean. W. S. Langford y otros creen que se producen en tres tipos de niños:

- Niños hiperactivos, inestables e impulsivos.
- Niños inmaduros, sin control familiar y deseosos de competir con los mayores.
- Niños vengativos y hostiles.

Al estudiar la psicopatología de los padres, A. Fabian, y L. Bender señalan la existencia de rasgos psicopatológicos en el 83% de los casos. En la mitad de éstos se da también el alcoholismo. En general, el padre suele ser dominante, tiránico, y la madre, sometida, superprotectora; existe una disarmonía familiar. W. S. Langford encuentra también un elevado porcentaje de accidentes en los restantes miembros de la familia.

Para J. F. Baltrusch y F. Dunbar, la propensión a los accidentes obedece a que el contacto con los padres queda restringido tempranamente y marcado por una actitud de reacción o de defensa contra la autoridad. Se han falseado los medios de expresarse la agresividad, y la actitud frente al mundo externo está determinada por el presente, mientras que el sentimiento del Yo se halla sometido a una depreciación.

La mayor parte de las veces se trata de un conflicto de autoridad entre el niño y los padres. Los accidentes son la reacción ante un estado de frustración mediante un acto impulsivo sin control, en vez de haber un gesto de agresividad. El accidente mortal para uno mismo o para el otro es raro entre los niños, pero se da entre adolescentes. J. F. Baltrusch y F. Dunbar creen que en ocasiones se da la alternancia entre delincuencia y propensión a los accidentes, pudiendo producirse éstos por alternancia entre la lucha y la huida.

H. y R. Bakwin señalan que en las familias de niños que se habían quemado se halló una elevada incidencia de perturbaciones afectivas. La mitad de los niños —antes de quemarse— hacían sospechar un comportamiento agresivo, destructor, depresión, fracaso escolar y conducta antisocial, o había tras todo el entramado un trasfondo de hogar deshecho o la inadaptación de uno o ambos progenitores. Cuando el niño muy pequeño se envenena suele ser por haber empleado la boca como medio de exploración, con destreza motora, pero con mal control del instinto. La culpa suele ser de la familia, que coloca productos tóxicos al alcance del niño y le permite ingerir una sustancia prohibida y quebrantar sus defensas.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. de y Jaeggi, F. — L'automutilation, activité motrice primitive. *Criança Port.*, 1962, 21, 427-450.
- Alajouanine, T. (bajo la dirección de). — Les grandes activités du rhinencéphale. Masson et Cie, edit., París, 1960.
- Anthony, S. — *The child's discovery of death*. Kegan Paul, Londres, 1940.
- Baader, I. — Bedeutsame psychische und soziale Ursachen des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen. *Mscr. Kinderheilk.*, 1955, 103, 55-56.
- Bakwin, H. — Suicide in children and adolescents. *Pediatrics*, 1957, 6, 749-769.
- Bakwin, H. y Morris-Bakwin, R. — Accident proneness. En Bakwin, H., Bakwin, R. M.: *Clinical management of behavior disorders in children*. Filadelfia, Saunders, págs. 104-109, 3.ª ed., 1966.
- Baltrusch, J. F. y Dunbar, F. — Étude psychosomatique des accidents en fonction de l'âge au cours de l'enfance et de la prime jeunesse. En *Psychologie des accidents*, págs. 147-163. París, Expansion Scientifique Française, 1961.
- Bandura, A. y Walters, R. H. — *Social learning and personality development*, 1963.
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. — Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J. abn. soc. Psychol.*, 1961, 63, 575-582.
- Bard, P. — A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. *Am. J. Physiol.*, 1928, 84, 490-515.
- Bender, L. — *Aggression hostility and anxiety in children*. Ch. Thomas, Springfield, Ill., 1953.
- Bender, L. — Children and adolescents who have killed. *Am. J. Psychiat.*, 1959, 116, 510-513.
- Bender, L. y Schilder, P. — Suicidal preoccupations and attempts in children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1937, 7, 225-234.
- Benoit, J. — États physiologiques et instinct de reproduction chez les oiseaux. En *L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme*, 177-252. Masson et Cie, edit., París, 1956.
- Beres, D. — Clinical notes on aggression in children. *Psychoanalytic Study Child*, 1952, 7, 241-243.
- Berkson, G. y Davenport, R. K. — Stereotyped movements of mental defectives. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1962, 66, 849-852.
- Bourgeois, M. y Henry, P. — Le parricide et son père. *Ann. Méd. psychol.*, 1967, 125, 1, 595-600.
- Bourne, P. G. — Altered adrenal function in two combat situations in Viet Nam. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., y Scott, J. P., dirs, 1971, 265-290.
- Briguet-Lamarre, M. — *L'adolescent meurtrier*. Privat, ed., Toulouse, 1969.
- Brody, E. B. y Rosvold, M. E. — Influence of prefrontal lobotomy on social interaction in a monkey group. *Psychosomat. Med.*, 1952, 14, 406-415.
- Bronson, F. H., y Desjardins, C. — Steroid hormones and aggressive behavior in mammals, 43-63. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., Scott, J. P., dirs. 1971.
- Burlingham, D. y Freud, A. — *Infants without families*. Allen & Marvin, Publ. Londres, 1943. Vers. fr. P.U.F., París.
- Carmichael, L. (bajo la dirección de). — *Manuel de psychologie de l'enfant*. P.U.F., París, 1952.
- Clark, L. D. — En *The roots of behavior*, pág. 179, Harper & Row, Publ. Nueva York, Londres, 1962.
- Cousinet, R. — L'idée de la mort chez les enfants. *J. Psychol. Norm. et Pathol.*, 1939, 36, 65-76.
- Craig, W. — Appetites and aversions as constituents of instincts. *Biol. Bull.*, 1918, 34, 91-107.
- Chauvin, R. — *Le comportement social chez les animaux*. P.U.F., París, 1961.
- Davidson, F., Choquet, M., Étienne, M., y Taleghani, M. — Contribution à l'étude du suicide des adolescents. *Hyg. ment.*, 1972, 61/1, 1-32.
- Delgado, J. M. R. — Offensive-defensive behavior in free monkeys and chimpanzees induced by radio stimulation of the brain. En

- Aggressive behavior; Garattini, S., dirs., 1969, 109-119.
- Delgado, J. M. R. — *Physical control of the mind*. Harper et Row, Nueva York, 1969. Trad. franc. *Le conditionnement du cerveau et la liberté de l'esprit*. Dessart, 1972.
- Deshais. — *Psychologie du suicide*. P.U.F., Paris, 1947.
- Despert, J. L. — Suicide and depression in children. *Nerv. Child*, 1952, 9/4, 378-389.
- Diatkine, R. — Agressivité et fantasmes d'agression (25^e Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Milán, mayo 1964, 82 págs.) P.U.F., Paris, 1964.
- Duché, D. J. — Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Enfant*, 1964, 7, 1-114.
- Eibl-Eibesfeldt, I. — *Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung*. Piper, Munich, 1967.
- Eissler, K. R. — *Searchlights on delinquency*. Imago Publishing Co., Londres 1949.
- Eleftheriou, B. E., Scott, J. P., dirs. — *The physiology of aggression and defeat*. Symposium Dallas, 1968. Plenum Press, Londres, Nueva York, 1971.
- Englisch, O. S. y Pearson, G. H. J. — *Neurosis frecuentes en los niños y en los adultos*. El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
- Erofeyeva, 1916. — Citado por J. Masserman.
- Ey, H. — *Études psychiatriques*, 1954, vol. 3, 572-599. Ed. Desclée de Brouwer, Paris.
- Fau, R., Château, R. y Machu, M. — Le suicide chez l'adolescent, à propos de 23 observations médico-psychologiques. *Ann. Méd. psychol.*, 1965, 1, 1.
- Förster, E. — Kinderselbstmord. *Jahrbuch Kinderpsychiat.*, Bd 1, 1956.
- Frankl, L. — Susceptibility to accidents. A developmental study. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1965, 38, 289-297.
- Freud, A. — Aggression in relation to emotional development: normal and pathological. *Psychoanal. Study Child*, 1949, 3/4, 37-48.
- Galdston, R. — Violence begins at home. The parents' center project for the study and prevention of child abuse. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 2, 336-350.
- Garattini, S., y Sigg, E. B., dirs. — *Aggressive behavior*. Symposium Milan, 1968. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1969.
- Garma, A. — *Sadismo y masoquismo en la conducta humana* (3.^a ed.). Editorial Nova, Buenos Aires, 1952.
- Gaultier, M., Fournier, E., Groceix, A., Zimbacca, N. — Étude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants. *Sem. Hôp. Paris*, 1963, 50, 2375-2384.
- Gesell, A. e Ilg, F. L. — L'enfant de 5 à 10 ans. P.U.F., Paris, 1953.
- Giabicani, A. — Étude sur le sens de la mort chez l'enfant. Thèse Paris, 1955, n.º 109.
- Goldfarb, W. — Pain reactions in a group of institutionalized schizophrenic children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1958, 28, 777-785.
- Goodenough, F. L. — The expressions of the emotions in infancy. *Child Developm.*, 1931, 2, 96-101.
- Goukl, R. E. — Suicide problems in children and adolescents. *Amer. J. Psychother.*, 1965, 19, 228-246.
- Green, A. H. — Self-mutilation in schizophrenic children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 234-244.
- Haim, A. — *Les suicides d'adolescents*. Payot, 1969.
- Harlow, H. F. — Love in infant monkeys. *Amer. Psychol.*, 1962, 17, 1-9.
- Harlow, H. F. y Harlow, M. K. — The effects of early social deprivation on primates. *Deuxième symposium Bel-Air. Désafférentation expérimentale et clinique*. Georg et Cie, Ginebra, Masson et Cie, edit., Paris, 1965.
- Hartmann, H., Kris, E. y Loewenstein, R. M. — Notes on the theory of aggression. *Psychoanal. Study Child*, 1949, 3-4, 9-36.
- Hécaen, H. y Ajuriaguerra, J. de. — *Méconnaisances et hallucinations corporelles*. Masson et Cie, edit., Paris, 1952.
- Heimann, P. — Notes sur la théorie des pulsions de vie et des pulsions de mort. En *Développements de la psychanalyse*, 301-315. M. Klein y otros, P.U.F., Paris, 1966.
- Hess, W. R. — *Hypothalamus und thalamus*. G. Thieme, Stuttgart, 1956.
- Hess, W. R. — The functional organization of the diencephalon. Grune and Stratton, Nueva York, 1957.
- Heuyer, G., Lebovici, S. y Giabicani. — Le sens de la mort chez l'enfant. *Ann. Méd. psychol.*, 1954, 1, 241.
- Hill, D. — E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behaviour. *E.E.G. Clinic Neurophysiol.*, 1952, 4, 419-552.
- Kallmann, F. J., Deporte, J., Deporte, E. y Feingold. — Suicide in twins and in only children. *Am. J. Human. Genet.*, 1949, 1, 113.

- Karli, P. — Les conduites agressives. *Recherche*, 1971, 18, 2, 1013-1021.
- Karli, P., Didiergeorges, F., y Vergnes, M. — Rat-mouse interspecific aggressive behavior and its manipulation by brain ablation and brain stimulation, 47-55. En *Aggressive behavior*; Garattini, S., y Sigg, E. B. dirs. 1969.
- Karli, P., Eclancher-Didiergeorges, F., y Vergnes, M. — Interactions entre mécanismes nerveux et conditions de l'environnement dans le contrôle du développement ontogénétique de la réactivité émotionnelle du rat. En *Colloque international sur le développement pré- et post-natal du cerveau humain*. (En prensa).
- Klein, M. — *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., Paris, 1959.
- Klein, M. y Rivière, J. — *L'amour et la haine. Étude psycho-analytique*. Petite Bibliothèque Payot, 112, Paris, 1968.
- Klineberg, O. — *Psychologie sociale*. P.U.F., Paris, 1959.
- Lacan, J. — L'agressivité en psychanalyse. Rapport théorique au 11^e Congrès des psychanalystes de langues romanes. *Rev. franç. de Psy.*, 1948, 12, 367-388.
- Langford, W. S., Gilder, R., Wilking, V. N., Genn, M. M. y Sherrill, H. H. — Pilot study of childhood accidents; preliminary report. *Pediatrics*, 1953, 11, 413.
- Lebovici, S. — Troubles du caractère et dynamique de l'agressivité au cours de l'âge évolutif. *Congrès européen de neuropsychiatrie*, vol. I, 113-141. Roma, 1964.
- Le Moal, P. — Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent. Thèse. Laboureur, edit., Paris, 1944.
- Lévine, I. y Stambak, M. — Quelques problèmes d'adaptation du jeune enfant en fonction de son type moteur et du régime éducatif. *Enfance*, 1959, 12, 95-115.
- Lorenz, K. — *L'agression*. Flammarion, Paris, 1969.
- Lownau, H. W. — Störungen der Intentionalität am Beispiel des Suicids im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiatrica*, 1964, 31/1, 12-19.
- Mac Lean, P. D. — Véase Alajouanine.
- Mahler, M. S. — On childhood psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanal. Study Child*, 1952, 7, 286-305.
- Mahler, M. S. — On sadness and grief in infancy and childhood: loss and restoration of the symbiotic love object. *Psychoanal. Study Child*, 1961, 16, 332-351.
- Marchand, L. y Ajuriaguerra, J. de. — Du suicide chez les épileptiques. *Presse méd.*, 1941, 407-411.
- Mark, V. H., y Ervin, F. R. — *Violence and the brain*. Harper et Row, Nueva York, 1970.
- Marrec, J. — *L'homicide volontaire chez l'enfant*. Bosc et Rion, edit., Lyon, 1943.
- Masserman, J. — *Principes de psychiatrie dynamique*. P.U.F., Paris, 1966.
- Mattsson, A., Seese, L. R. y Hawkins, J. W. — Suicidal behaviour as a child psychiatric emergency. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 20/1, 100-109.
- May, G. — Selbstmord und Selbstmord-versuche bei Kindern und jugendlichen. Thèse, Basilea, 1936.
- Mead, M. — *From the South Seas*. Morrow, Nueva York, 1939.
- Merloo, J. A. M. — La violence humaine opposée à l'agressivité animale. *Méd. et Hyg.*, 1968, 82/1, 457-462.
- Moch, M. — Étude comparative des tentatives de suicide de l'enfant et l'adolescent observées dans trois services de pédiatrie et de celles recueillies dans un service de pédo-psychiatrie. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1969, 17/8, 513-544.
- Moyer, K. E. — A preliminary physiological model of aggressive behavior, 223-263. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., y Scott, J. P., dirs., 1971.
- Nacht, S. — *Le masochisme*, 127 págs. Denoël, Paris, 1938.
- Nacht, S. — Les manifestations cliniques de l'agressivité. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1948, 12, 311-370.
- Noshpitz, J. D. y Spielman, Ph. — Diagnosis: Study of the differential characteristics of hyperaggressive children. Discusión: M. Gertrude Reiman. *Am. J. Orthopsychiatr.*, 1961, 31/1, 111-122.
- Ochonsky, A. — Contribution à l'étude du parricide. A propos de douze observations cliniques. *Psychiat. Enfant*, 1963, 6, 411-487.
- Ogden, T. E., Robert, F. y Carmichael, E. A. — Some sensory syndromes in children: indifference to pain and sensory neuropathy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1959, 22, 267-276.
- Olds, J. — Self-stimulation of the brain. *Science*, 1958, 127, 315-324.
- Otto, U. — Changes in the behaviour of children and adolescents preceeding suicidal attempts. *Acta Psychiat. Scand.*, 1964, 40, 386-400.

- Parrot, P. — *Aménagement et développement de la cure psychanalytique d'un adolescent délinquant*. Ducros, ed., Burdeos, 1961.
- Passouant, P. y Cadilhac, J. — Véase Alajouanine.
- Pearson, G. H. J. — The chronically aggressive child. *Quart. J. Child Behavior*, 1951, 3, 407.
- Plotnik, R., Mir, D., Delgado, J. M. R. — Aggression, noxiousness and brain stimulation in unrestrained rhesus monkeys, 143-221. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., y Scott, J. P., dirs., 1971.
- Porot, M., Coudert, A. y Collet, M. — Les conduites suicidaires des adolescentes. *Psychiat. Enfant*, 1968, 11/2, 317-369.
- Porot, M., Couadau, A. y Petit, G. — Réflexions sur le parricide. *Pédopsych.*, supl. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1968, 59-64.
- Poser, C. M. y Ziegler, D. K. — Clinical significance of 14 and 6 per second positive spike complexes. *Neurology*, 1958, 8, 903-912.
- Ranson, S. W. — Some functions of the hypothalamus. *Harvey Lectures*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1937.
- Redl, F., y Wineman, D. — *L'enfant agressif*, tomos I y II, 1951 (trad. franc.), Paris, Ed. Fleurus, 1964.
- Ringel, E. — Ueber Selbstmordversuche von Jugendlichen. *Int. J. Proph. Med. Sozialhyg.*, 1959, 3, 39-44.
- Robinson, B. W. — Summary and conclusions, 291-305. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., y Scott, J. P., dirs., 1971.
- Roche, L., Bourrat, L. y Deux, L. — Considérations sur les conduites suicidaires de 239 mineurs admis au service des poisons durant 24 mois. *Lyon méd.*, 1965, 28, 33-59.
- Rof Carballo, J. — *Violencia y ternura*. Editorial Prensa Española, Madrid, 1967.
- Sano, K., Yoshioka, M., Ogashiwa, M., Ishijima, B., y Ohye, C. — Posteromedial hypothalamotomy in the treatment of aggressive behavior. *Confin. Neurol.*, 1966, 33, 164-167.
- Schachter, M. — Étude clinico-psychologique et criminologique d'un cas d'infanticide perpétré par une mineure débile mentale. *Acta paedopsychiatrica*, 1966, 33, 40-48.
- Schachter, M. y Cotte, S. — Tentatives, chantages et velléités de suicide chez les jeunes. *Criança Port.*, 1950-1951, 10, 171-195.
- Schechter, M. D. — The recognition and treatment of suicide in children. En *Clues to Suicide*, ed. E. S. Schneidman and N. L. Farberow, pág. 131. McGraw Hill, Nueva York, 1957.
- Schilder, P. y Stengel, E. — Schmerzsymbolie. *Z. Neurol. Psychiat.*, 1931, 132, 367-370.
- Schneer, H. I. y Kay, P. — The suicidal adolescents. En *Adolescents*, ed. S. Lorand, H. I. Schneer, págs. 180-201. Hooper, Nueva York, 1961.
- Schvarcz, J. R., Driollet, R., Rios, E., y Betti, O. — Stereotactic hypothalamotomy for behavior disorders. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1972, 35, 356-359.
- Schwade, E. D. y Geiger, S. G. — Matricide with electro-encephalographic evidence of thalamic or hypothalamic disorder. *Dis. nerv. Syst.*, 1953, 14/1, 18-20.
- Schwade, E. D. y Geiger, S. G. — Severe behavior disorders with abnormal electroencephalograms. *Dis. Nerv. Syst.*, 1960, 21, 616-620.
- Scott, J. P. — The process of primary socialization in canine and human infants. *Monogr. Soc. Res. Child Devel.*, 1963, 28/1, 3-47.
- Semerari, A. y Sciarra, M. — L'omicidio nei minori. *Infanzia anormale*, 1956, 19, Nuova Serie, 447-462.
- Shentoub, S. A., Soullairac, A. — L'enfant autotumultueux. *Psychiat. Enfant*, 1961, 3, 111-145.
- Simpson, K. — *Forensic Medicine*, pág. 22. Edward Arnold & Co., 1951.
- Slutskaya (1928). — Citado por J. Masserman.
- Sollini, A. — Il suicidio nell'età infantogiovanile. *Infanzia Anormale*, 1959, supl. n.º 34, 697.
- Spitz, R. — *Le Non et le Oui*. P.U.F., Paris, 1962.
- Spitz, R. A. y Wolf, K. — Anaclitic depression. *Psychoanal. study child*, 1946, 2, 313-342.
- Sutter, J. M. y Luccioni, H. — Le syndrome de carence d'autorité. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1959, 7, 115-129.
- Szimanska, Z. y Zelazowska, S. — Suicides et tentatives de suicide des enfants et adolescents. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 715-740.
- Taterka, E. H. y Katz, J. — Study of correlation between EEG and psychological patterns in emotionally disturbed children. *Psychosom. Med.*, 1955, 17, 1.
- Teicher, J. D. y Jacobs, J. — Adolescents who attempt suicide. *Amer. J. Psychiat.*, 1966, 122, 1248-1257.
- Timbergen, N. — *L'étude de l'instinct*. Payot, edit., Paris, 1953.

- Toolan, J. M. — Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. *Amer. J. Psychiat.*, 1962, 118/8, 719-724.
- Tuckman, J. y Connon, H. E. — Attempted suicide in adolescents. *Amer. J. Psychology*, 1962, 119/3, 228-232.
- Vaughan, G. — Accident proneness. En *Modern perspectives in child psychiatry*, ed. por J. G. Howells, págs. 350-369. Oliver y Boyd, Edimburgo, 1965.
- Waage, G. — Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen (tesis Basilea). *Praxis Kinderpsychol.*, 1968, 39, 27-48.
- Wallon, H. — *Les origines du caractère chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1934.
- Walters, J., Pearce, D. y Dahms, C. — Affective and aggressive behaviour of preschool children. *Child Developm.*, 1957, 28, 15-26.
- Weill, J. — Le suicide de l'enfant. *Sem. Hôp. Paris*, 1964, 54, 2950-2955.
- Welch, B. L. — Symposium summary, 363-369. En *Aggressive behavior*; Garattini, S., y Sigg, B., dirs.; *Symposium Milan*, 1968. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1969.
- Welch, A. S., y Welch, B. L. — Évidence for an involvement of brain catecholamines and serotonin, 91-142. En *The physiology of aggression and defeat*; Eleftheriou, B. E., y Scott, J. P., dirs.; 1969.
- Widlocher, D. — Le rôle des fantasmes d'agression dans la dynamique de l'agressivité. En *Les troubles du caractère*. 2.º *Congrès européen de pédopsychiatrie*, Rome, 1963, vol. 2, 1193-1198.
- Woods, S. M. — Adolescent violence and homicide: Ego disruption and the 6-14, dysrhythmia. *Comptes rendus*, 3.º *Congrès International de Psychiatrie*, 1961, tomo II, 1348-1352, Montreal.
- Zumpe, L. — Selbstmordhandlungen bei kontakgestörten Kindern und Jugendlichen. *Zentralblatt f. Neur. und Psychiat.*, 1958, 148 22-23.

FANOE Biblioteca Central
 Nro. inv. 36283
 Sig. 7. 616.89-053.2 DEA 5
 Fecha de Aka. 11/7/99

TERCERA PARTE

LOS GRANDES SÍNDROMES

CAPÍTULO XIV

DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS PREMATUROS Y POSMADUROS

I. — LOS NIÑOS PREMATUROS

Desde un punto de vista psicosocial el recién nacido a término es un niño prematuro porque, de hecho, su maduración no ha terminado, sino que, desde la salida de la cavidad uterina, aún está en vías de desarrollo. Desde un punto de vista biológico se considera como prematuro a un recién nacido que pese 2.500 g., o menos, o bien, si no se tiene en cuenta el peso, a un recién nacido con un período de gestación menor a 37 semanas. Según las recomendaciones de la OMS (1961), el concepto de "prematuridad" debería sustituirse por el de "recién nacido de bajo peso". Sin embargo, un recién nacido que pese más de 2.500 g., puede ser considerado como prematuro si su tiempo de gestación es inferior al normal. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que existen recién nacidos a término cuyo peso es inferior al normal; éste es el caso de los gemelos cuyo peso respectivo no puede corresponder a su edad fetal.

El límite de 2.500 g., fue adoptado por la OMS con arreglo a los criterios de frecuencia de mortalidad. Para C. M. Drillien, debe adoptarse una nueva definición de "prematuro", "inmaduro" o "recién nacido de bajo peso", que sirva para definir el límite superior de peso de nacimiento, por debajo del cual la mayoría de los recién nacidos necesitan cuidados especiales debido a su inmadurez funcional, con un notable aumento de recién nacidos muertos y de mortalidad neonatal y un número significativo de sobrevivientes que más tarde encuentran obstáculos en su desarrollo físico, mental o emocional; un límite superior de 2.000 g., sería más realista que el admitido actualmente de 2.500 g.

El número de prematuros es relativamente importante, ya que en Francia representa un 8% de los recién nacidos vivos. Los progresos realizados estos últimos años en cuanto a la asistencia de los prematuros han permitido disminuir considerablemente su mortalidad durante el primer mes. Se acepta que un recién nacido que pese menos de 1.800 g., debe ser tratado en un centro especializado y criado en la incubadora. Se ha tratado de confeccionar un coeficiente del riesgo de prematuridad (E. Papiernik, 1972) que permita tomar medidas preventivas.

1.° Inicio del desarrollo neurológico y psicomotor

S. Saint-Anne-Dargassies ha estudiado las características neurológicas del prematuro. En los prematuros de 6 meses, los reflejos primitivos existen casi todos pero son todavía imperfectos, sobre todo a nivel de los miembros inferiores; sin embargo, la marcha automática está presente en este estadio, existe una notable hipotonía muscular a pesar de lo cual la actividad motora es rica y potente: consiste en movimientos repetidos, amplios, majestuosos, generalizados y duraderos a nivel de las 4 extremidades, dando lugar a flexiones y torsiones activas del tronco. Se encuentra una clara diferencia entre estos niños nacidos a los 6 meses de la gestación, y las respuestas neurológicas de los niños de bajo peso nacidos cerca de la época de término; estos últimos, a pesar de una notable hipotonía muscular, tienen un estado neurológico en relación con su edad fetal normal. (El prematuro de 7 meses o más difiere poco del recién nacido a término.)

El prematuro, nacido a los 6 meses, prosigue su ontogénesis; durante el primer trimestre, las modificaciones tónicas y la adquisición de los reflejos primitivos serán parecidas a lo que debería haberse desarrollado *in utero*.

Según S. Saint-Anne-Dargassies, globalmente, cuando el prematuro llega a la edad de término normal, está más bien adelantado, desde el punto de vista neurológico y psicomotor, respecto a los recién nacidos a término. Su motricidad es más rica, más amplia y más variada. Los automatismos primitivos son claros y completos, pero en los miembros inferiores tienen una característica particular, la extensión cruzada es aún lenta, el enderezamiento es vacilante, la marcha automática no tiene un ritmo regular, es digitigrada. Desde el punto de vista psicomotor este prematuro que legalmente tiene 3 meses de edad se asemeja al recién nacido normal que tiene tan sólo algunos días. En cambio, si bien tiene un ligero adelanto sobre su congénere nacido a término, el prematuro se va a desarrollar a partir de ahora más lentamente a medida que se acerca al nivel cortical, y este retraso se caracterizará por una persistencia anormal de los reflejos primitivos y por una lentitud de las adquisiciones psicomotoras en función de la precocidad del nacimiento y de las características individuales.

El estudio E. E. G. señala algunas particularidades en el desarrollo del prematuro (C. Dreyfus-Brisac; A. M. Parmelle, etc.). Véase el capítulo: *Problemas generales producidos por el desarrollo*. C. Dreyfus-Brisac (1970), han estudiado la ontogénesis del sueño en los prematuros de 32 semanas, comparándolos con otros recién nacidos a término: mientras que en los nacidos a término los mecanismos de la organización cíclica del sueño están completamente desarrollados y funcionan perfectamente, en los prematuros de una edad comprendida entre 38 y 41 semanas, no están en condiciones de funcionar correctamente, ni su organización es completa; más concretamente, se aprecia escasa correlación entre los diferentes componentes del sueño tranquilo, porcentajes inferiores de respiración regular y pattern de bajo voltaje E. E. G., junto con porcentajes superiores de ritmos cardíaco y respiratorio rápidos.

2.° Evolución general del niño prematuro

Las investigaciones sobre esta evolución son muy numerosas y a menudo contradictorias. En las monografías de I. Alm y de G. Uddenberg, y sobre todo en la de C. M. Drillien y en la revisión general de G. Wiener, pueden encontrarse la historia y la crítica de las observaciones y de los diversos métodos de estudio. Las discordancias entre los autores se explican, en parte, por las diferencias entre las poblaciones estudiadas y por la dificultad de encontrar grupos de control adecuados debido a la cantidad de variables (edad, sexo, raza, peso de nacimiento, duración de la gestación, complicaciones del embarazo y del parto, clase social, etc.). Por otra parte, los prematuros forman por sí mismos un grupo heterogéneo. En algunas estadísticas se eliminan los niños que presentan trastornos neurológicos muy pronunciados. No es sor-

prendente que, según la selección de los niños, los métodos empleados por el examen y la importancia otorgada a las lesiones cerebrales asociadas, algunos autores se muestren relativamente optimistas mientras que otros encuentran un elevado porcentaje de niños anormales entre los prematuros.

Con arreglo a una revisión general de la literatura, G. Wiener (1962) deduce que el prematuro tiende a tener ritmos de desarrollo más lentos en los primeros años de la vida y a estar limitado desde el punto de vista intelectual durante toda la infancia, que los resultados de los distintos autores sugieren que existe una relación entre la mayor gravedad de los trastornos y el menor peso de nacimiento, y que los niños prematuros de cualquier edad presentan trastornos variados de la personalidad.

Es evidente que los estudios más interesantes son los que, mediante un método longitudinal, han permitido estudiar los mismos grupos de niños. A fin de no sobrecargar nuestra exposición sólo escogeremos algunos ejemplos entre aquellos cuya metodología parece válida.

a) Edad preescolar

Según un estudio comparativo entre 127 prematuros y 122 niños nacidos a término escogidos en condiciones parecidas (excluidos los niños que no pueden ser sometidos a pruebas psicométricas debido a un déficit profundo), I. Lézine extrae algunas conclusiones. Según este autor, las curvas ponderales de los prematuros nacidos a los 6, 7 y 8 meses son inferiores en el primer año de la vida en relación con las curvas ponderales de los niños nacidos a término. Los cocientes de desarrollo de los prematuros obtenidos entre los 12 y los 15 meses son inferiores a los de los niños nacidos a término. Las niñas nacidas a los 6 meses de gestación se recuperan del retraso inicial hacia los 4 años, mientras que los niños lo hacen a los 5 años. Las niñas y los niños nacidos a los 7 y 8 meses de gestación se recuperan del retraso durante el segundo año. Según I. Lézine, los casos de retraso son más pronunciados en los niños que en las niñas. La comparación hecha entre diversos niños de bajo peso de nacimiento demuestra que el desarrollo psicomotor está más influido por el grado de prematuridad que por el peso de nacimiento. Un gran número de autores han insistido en el hecho de que se encuentra en estos niños una desorganización de la evolución emocional. I. Lézine insiste, por su parte, sobre el retraso de la adquisición de la limpieza diurna en los prematuros de 6 o 7 meses en relación con los grupos control de niños nacidos a término o con los prematuros de 8 meses, y sobre sus particulares dificultades alimenticias; estos niños degluten mal, mastican lentamente, vomitan, tienen asco para ciertos alimentos, hacen tonterías y disputan en la mesa. Según este autor, durante la permanencia en la incubadora, lo más frecuente son las dificultades de deglución. Después de la salida de la incubadora y hasta la edad de 10 meses se observan sobre todo anorexias pasajeras; a partir de los 11 meses dominan los problemas de cambio de medio y de disciplina alimenticia.

Estudiando la conducta de estos niños, I. Lézine encuentra dos rasgos particularmente llamativos: detención y rechazo de actividad por una parte y descargas bruscas y agitación motora por otra. Las reacciones de inhibición, inercia y pasividad son más frecuentes en el comportamiento de los prematuros en el transcurso del primer año. Los niños están más inhibidos en todas las etapas, soporan mal ser separados de su madre; por el contrario, en el grupo de control de niños nacidos a término, el comportamiento de los niños es más activo y más agresivo.

En el grupo de los prematuros, los de peso de nacimiento muy bajo (< 1.250 g., generalmente) presentan más problemas.

Según un estudio de 500 lactantes prematuros y 492 controles apareados a las 40 semanas y de nuevo entre 3 y 5 años, H. Knobloch encuentra un exceso importante de niños deficientes en el grupo cuyo peso de nacimiento era 1.500 g., o menos, las diferencias entre los prematuros y los controles maduros aumentaban entre las 40 semanas y los 3 años. Los trabajos de estos autores, así como los de P. Harper y cols., demuestran que a las 40 semanas el 26,3% de los lactantes presentan un diagnóstico de parálisis cerebral posible o una anomalía neurológica manifiesta; el 17,6% de los prematuros fueron considerados como afectados de un déficit mental límite en relación al 1,6% para los del grupo control. Entre los 3 y 5 años, el 24% de este grupo eran considerados como mentalmente limitados; el 37%, límites o medios bajos, y el 39%, medios o superiores. El perfeccionamiento de los cuidados neonatales modifica notablemente el pronóstico de estos prematuros en centros especializados: se estima que alcanzan un desarrollo psíquico normal una proporción del 80% aproximadamente, según datos publicados en 1971 (R. Rowling y cols.), y en 1972 (J. J. Hatt y cols.).

b) Edad escolar

Desde el punto de vista del desarrollo intelectual, C. M. Drillien (1964) encuentra que sólo un 9% presentan un C. I. por encima de 100 y que más de 1/3 del total no pueden seguir la enseñanza en las clases normales debido a los defectos físicos, mentales, o ambos a la vez; más de un tercio son niños retrasados en las clases normales, y menos de un tercio tienen un rendimiento escolar apropiado a su edad. Desde el punto de vista de la conducta se observó que sólo el 30% de los niños no presentaban, en la edad escolar, trastornos de la conducta. Estudiando el valor pronóstico de los tests de desarrollo, este autor encuentra una estrecha concordancia entre los resultados de los tests preescolares y escolares para los niños que, en la edad escolar, eran considerados como límites, retrasados o deficientes.

Según el importante trabajo de J. W. B. Douglas, (1960), de acuerdo con el de Lubchenko y cols. (1962) y C. M. Drillien, el nivel mental de los prematuros entre los 8 y 11 años es significativamente inferior al del grupo de control.

Aparte del problema del déficit intelectual, algunos han descrito otros tipos de trastornos. Así, L. O. Lubchenko y cols., de 35 niños considerados como intelectualmente normales, con un C. I. de 80 o más, 20 presentaron dificultades escolares (dificultades de lectura, problemas del lenguaje, trastornos emocionales), y 15 tenían un rendimiento escolar por debajo del nivel correspondiente a su edad a pesar de tener una inteligencia normal. I. Lézine y J. Bergès han insistido sobre los trastornos practognósticos y del esquema corporal en estos niños en relación con un grupo de control. Aparte del problema del déficit intelectual, se han encontrado otros tipos de alteraciones. Por ejemplo L. O. Lubchenko y cols., encuentran que de 35 niños considerados intelectualmente normales, con un Q. I. de 80 o más, veinte habían presentado problemas escolares (dificultades de lectura, trastornos del lenguaje, alteraciones emocionales) y 15 de estos niños se encontraban retrasados en la escuela a pesar de su inteligencia normal. I. Lézine y J. Bergès señalan las deficiencias practognósticas y del esquema corporal en este tipo de enfermos respecto a la población testigo. J. Bergès y cols. (1969) agrupan estas alteraciones bajo el concepto de "síndrome del anciano prematuro" y consideran que no existe relación fija entre la gravedad de este síndrome y la edad neurológica real, pero que sí la hay entre su

intensidad y las alteraciones de la esfera cognitiva. Su interés se centra, en la evolución de estos niños, sobre los factores afectivos y en especial sobre la relación madre-hijo y en algunas formas de comportamiento, que aparecen a los primeros meses y se conservan de forma permanente hasta la edad actualmente seguida (10-12 años), y que revisten características muy especiales que se traducen en múltiples casos por disarmonías manifiestas.

Es difícil extraer conclusiones generales, ya que la evolución de un niño prematuro depende de muchos factores que no pueden valorarse por datos estadísticos.

3.º Patogenia

Como acabamos de ver, si se tienen en cuenta las afirmaciones de los diversos autores, no se encuentra una respuesta clara, neta y general sobre el futuro de los niños prematuros. Una de las razones de estas discordancias es la heterogeneidad de los casos estudiados cuyo único punto en común es a menudo la noción de prematuridad o de bajo peso de nacimiento (la mayor parte del tiempo los criterios son ponderales), mientras que existe un conjunto de factores que interfieren de forma variable en estos niños nacidos demasiado pronto o de bajo peso de nacimiento; es decir que de hecho es muy difícil eliminar las implicaciones patogénicas en la elección con miras al estudio de la predicción de los trastornos.

La misma prematuridad ha planteado durante mucho tiempo, y menos en la actualidad, el problema biológico propiamente dicho (aporte alimenticio, oxigenación), en un niño que no está en disposición de recibir como otro ni a reaccionar de la misma forma. Es evidente que desde este punto de vista es necesario tener en cuenta las diferencias que deben establecerse según la edad y el peso del nacimiento.

Por otra parte, es evidente que este cerebro frágil ha podido ser dañado en algunos casos durante el embarazo o durante el parto en el período neonatal. L. O. Lubchenko y otros han demostrado, por otra parte, que existen estrechas relaciones entre el peso del nacimiento y los trastornos respiratorios e infecciosos del período neonatal. Según C. M. Drillien, las anomalías mentales y neurológicas resultan probablemente más de un trastorno durante la vida fetal que de una lesión durante el parto.

Pero también deben tenerse en cuenta los factores ambientales: carencia precoz por falta de estímulos afectivos o sensoriales (estancia en la incubadora, reacción frente a las actitudes paternas de superprotección o de ansiedad, función de los aportes paternos en función de la clase socioeconómica y del nivel intelectual de los padres) (G. Wiener). Se ha discutido el papel del medio socioeconómico desfavorable (J. W. B. Douglas; A. M. Freedman; C. M. Drillien): parece, como dice A. M. Freedman, que un niño prematuro, o con una lesión cerebral aun subclínica es más vulnerable a los efectos nocivos de un medio pobre o carencial.

Podemos preguntarnos, con Saint-Anne Dargassies si el prematuro se beneficia de las experiencias que le proporciona la vida precoz en medio aéreo. C. Dreyfus-Brisac señala, por el contrario, que el lactante prematuro se ve privado de aferencias somatésicas y de influjos neuro-hormonales que habría recibido in utero, así como del ciclo de 24 horas. En la incubadora se ve sometido a una luz y un ruido constantes, que no varían con la sucesión del día y la noche. Así, la situación del prematuro es similar a una carencia sensorial. Además se le priva de la manipulación que normalmente acompaña a la alimentación y al cambio de pañales. La inmadurez de sus sistemas auditivo y visual no le permiten integrar aferencias de este tipo.

El prematuro se alimenta durante cierto tiempo por sonda y quien le proporciona los cuidados necesarios, será competente y entregado, pero necesariamente impersonal, quedando el niño carente de gratificaciones orales, ausentes o por lo menos escasas (sonda bucal) y de contactos de la superficie corporal, tan ricos en sensaciones (I. Lézine). Las investigaciones de N. Solkoff y cols., (1969), demuestran los efectos beneficiosos sobre la actividad y el desarrollo físico y motor de la manipulación cutánea en un grupo de prematuros respecto a un grupo control.

Las características de la madre desempeñan un papel importante en el desarrollo del niño prematuro, interviniendo tanto los rasgos de su personalidad como el tipo de relación que desarrolla con este niño diferente de los demás. La adaptación recíproca entre madre e hijo plantea problemas delicados desde el primer momento (I. Lézine; G. Gutiérrez-Mimeur; R. Andrau y otros). Como dice I. Lézine, las madres de los niños prematuros se adaptan difícilmente a los primeros cuidados que tienen que dar a su hijo, y esto tanto más cuanto mayor haya sido la separación entre madre e hijo. El parto prematuro es de por sí una prueba trastornante para la madre. A veces se añaden ideas de culpabilidad a una natural inquietud. La madre del prematuro ve cómo las otras madres alimentan a su hijo, mientras que ella no está autorizada ni para verlo. Privada de los beneficios de la lactancia natural que refuerza los lazos entre la madre y el hijo, espera a veces 2 o 3 meses la venida de su hijo al hogar. Al final se le entrega al niño sin que se le hayan dado muchas ocasiones de participar en sus cuidados. Por otra parte, las mujeres nerviosas soportan mal la anorexia infantil e intentan a menudo sobrealimentar al niño para que recobre su peso. Igualmente soportan mal el retraso motor, pero a menudo, bajo pretexto de fragilidad, estos niños están durante mucho tiempo privados de movimientos; las madres soportan también mal el retraso del control de esfínteres.

Como observa G. Gutiérrez-Mimeur, los desfases entre la necesidad de prodigar sus cuidados la madre y la receptividad de los mismos del niño, entre el apogeo sensible de la madre y el momento en que el niño podría gozar de esta sensibilidad, alteran los momentos claves para la estructuración de la personalidad. La madre no encuentra ocasión para "realizar" su condición de madre de recién-nacido; una cosa es que esté inquieta por el hijo en peligro y otra (importante) que sufra una frustración de su deseo maternal. La ausencia del niño prematuro de la proximidad de su madre es una situación anormal: imposibilita el nacimiento de su característica humana fundamental, de la continuidad de lo fisiológico en lo psicológico. El lazo madre-hijo es vencido por el de madre y prematuridad, en tanto éste, no sea superado.

Este autor opina que es preciso instaurar una verdadera psicoprofilaxis dirigida a la madre, desde el momento del nacimiento. Debe hacerse con tacto, a lo largo de entrevistas repetidas y sistemáticas, con la discreción y delicadeza necesarias para no reforzar la concepción de niño "anormal", que una actuación muy intensa acentuaría.

Frente a este ser frágil que es suyo, las mujeres suelen volverse muy dependientes respecto a él; pero también suelen mostrar una fuerte ambivalencia hacia el hijo que no es como ellas hubieran querido que fuera, hacia el derroche de energía que les pide y los lentos progresos que ofrece.

Parece que en la madre persiste una forma de relación con su primera "vivencia", considerando al prematuro durante mucho tiempo como un ser frágil y difícil de manejar; posteriormente se debe ofrecer ayuda a la madre con el objeto de conseguir de que, a partir de cierto momento considere a este hijo como a un ser psicofisiológicamente igual a los demás.

II. — LOS NIÑOS POSMADUROS

El problema planteado por los niños posmaduros ha sido menos estudiado que el de los prematuros. Su importancia e incluso su existencia es discutida. Varios autores admiten la existencia de dos tipos de embarazos prolongados, unos fisiológicos y otros patológicos. En los primeros, el ciclo gravídico de 9 meses y medio correspondería a ciclos menstruales de 32 a 36 días. En este caso las mujeres darían a luz niños robustos perfectamente constituidos y normales. El segundo grupo comprendería, por el contrario, los embarazos en los cuales el parto no se pondría en marcha en el tiempo fisiológico transformándose así en patológico. En estos casos se cita un porcentaje de mortalidad extremadamente elevado que oscila entre un 10 y 30%, debido la mayoría de las veces a un parto prolongado con hipodinamia uterina. Sin embargo, en un estudio reciente (que tal vez refleja los adelantos de la obstetricia), S. Kolonja (1967) estima que la mortalidad de los niños después de embarazos prolongados no es mayor que la existente después de embarazos normales.

Según C. M. Drillien, algunos niños pueden presentar déficit neurológicos y "limitación mental" por anoxia intrauterina, pero también se sabe, añade, que la posmadurez se asocia también a malformaciones congénitas. Un déficit hormonal materno podría ser la causa común del embarazo prolongado y de la malformación.

C. Kohler y otros (1963) señalan los escasos trabajos aparecidos sobre el futuro de los posmaduros. M. Schachter, después del estudio retrospectivo de varios niños afectados de una encefalopatía o de trastornos del carácter, atribuye en algunos casos un valor a la posmadurez. Según M. G. Amado, los "niños robustos" presentan a menudo un desarrollo atlético, trastornos psicomotores y del carácter con un retraso masivo en algunos sectores, en particular del control de esfínteres. D. Gaburro y G. Bonniver han establecido una relación entre posmadurez y comicialidad.

En su trabajo de 54 casos, C. Kohler y cols., encuentran que 11 niños presentan un síndrome de dismadurez sensoriomotora, 6 niños presentan trastornos del carácter y sólo 3 pueden clasificarse en el grupo de las insuficiencias intelectuales. Se encuentran múltiples factores en la posible etiología de estos síndromes. Finalmente, estos autores sólo tienen 7 casos de niños cuyo ambiente familiar parece sano y equilibrado y en los cuales el origen de los trastornos no ha podido ser relacionado con ninguna etiología precisa. Sin embargo, este porcentaje del 14% les parece elevado. Tres conclusiones se desprenden de este estudio: la relativa frecuencia de los trastornos de la conducta, el adelanto del desarrollo estaturponderal en relación con su edad y al parecer (en los límites de la población que representa este grupo) la ausencia de repercusión sobre el desarrollo intelectual posterior. Estos autores no han encontrado ninguna estrecha relación entre posmadurez-convulsiones y posmadurez-encefalopatía.

J. Malarrivé y otros (1969), en su estudio de 94 casos de posmadurez, encuentran que el porvenir inmediato de los posmaduros es grave (23% de mortalidad) y que el porvenir lejano es bueno si el posmaduro logra traspasar normalmente el límite de los 10 primeros días. El nivel intelectual es normal y ningún trastorno de la conducta puede relacionarse con la posmadurez.

La actitud del ginecólogo frente a un embarazo prolongado no es unívoca. Si bien unos consideran que se debe inducir el parto o practicar una cesárea, S. Kolonja y otros piensan que el parto debe realizarse de la forma más natural posible, siendo la inducción del parto no sólo inútil para la madre y el niño, sino que además puede dar lugar a que el niño nazca inmaduro.

Algunos autores han estudiado los factores psicológicos que explican el parto retrasado. H. Deutsch había ya insistido sobre el apego al *statu quo*, el temor de la madre a romper una unión basada en tantos lazos afectivos y físicos, y el miedo a los dolores y a los peligros del parto, todo lo cual son factores que crean una resistencia a la terminación del embarazo. C. Müller admite igualmente la posibilidad de un "fenómeno de retención" a consecuencia de un miedo a la separación más o menos asociada con otros conflictos psicológicos inconscientes. G. Bartholomei y cols., han estudiado desde el punto de vista psicológico a 50 mujeres con embarazo prolongado comparándolas con un grupo de control que presentaba las mismas características socioeconómicas. Los resultados de este estudio (realizado mediante entrevistas, test de Rorschach, Koch, etc.) confirman la frecuencia de la patología psíquica de la prolongación del embarazo. Pero, según estos autores, estos factores psicológicos, sólo intervienen en algunas mujeres predispuestas por un carácter particularmente ansioso y rígido, y en las cuales se puede pensar que las tendencias perfeccionistas e hiperprotectoras las incitan a prolongar la duración del embarazo.

Según C. Kohler y cols., sus resultados no les autorizan a pensar que la posmadurez es un factor de fragilidad nerviosa y un elemento patológico por sí mismo o indirectamente. Para explicar la relativa frecuencia de los trastornos de la conducta encontrados en sus casos, estos autores (que encuentran también el carácter ansioso e hiperprotector de algunas mujeres) elaboran la hipótesis de que estas características maternas pueden desempeñar un papel en el retraso del desencadenamiento normal del parto, y en las dificultades de adaptación de los niños en tanto que elementos reactivos a las actitudes maternas.

La posmadurez plantea problemas biológicos y psicológicos. La preparación psicofisiológica para el parto sin dolor ha abierto ya en parte esta vía. Los problemas psicológicos nos hacen pensar que aparte de la mecánica del parto existe en los fenómenos de la expulsión o de la retención un mecanismo psicológico importante. Su mejor conocimiento permitirá ya prever el futuro tipo de relación entre este niño y su madre.

BIBLIOGRAFÍA

- Alm, I. — The long term prognosis for prematurely born children infants. *Acta Paediatrica, Stockholm*, 1943, 42, supl. 94, 1-116.
- Andrau, R., Cortial, C., y Lézine, I. — Quelques réflexions sur la relation mère-enfant à la suite d'une naissance prématurée ou dysmature. (En prensa).
- Bartholomei, G., Cerrutti y Bruni. — Importance des facteurs psychiques dans la grossesse prolongée. *Att. Di. Ost. e Gyn.*, vol. 8, sept.-oct. 1962.
- Braine, M. O., Heimer, C., Wortis, H. y Freedman, A. M. — Factors associated with impairment in early development of premature. *Monogr. of Soc. Res. in Child Development*, 1966.
- Deutsch, H. — *La psychologie des femmes*. P.U.F., París, 1955.
- Douglas, J. W. B. — "Premature" children at primary schools. *Brit. Med. J.*, 1960, 1, 5178, 1008-1013.
- Dreyfus-Brisac, C., Lézine, I., y Berges, J. — Développement du prématuré à partir de deux ans. Interrelations psychologiques, neurologiques et électroencéphalographiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 4/5, 283-334.
- Drillien, C. M. — *The growth and development of the prematurely born infant*. Edimburgo y Londres, E. and S. Livingstones, 1964.
- Freedman, A. M. — The effect of hyperbilirubinaemia on premature infants. *Progress Report N. Y. Medical College Department of Psychiatry*, 1961.
- Gaburro, D. y Bonniver, G. — Les altérations nerveuses chez les enfants nés de grossesses

- prolongées. *Ann. Pédiat.*, 1957, n.º 53-59.
- Gutiérrez-Mimeur, G. — Le lien mère-enfant chez le prématuré. *Sauvegarde enfance*, 1969, 24, 1-2, 3-31.
- Harper, P. A. — Observations on growth and development of prematurely born children during the first seven years. En *Maryland Child Growth and Development Institute*, 1-5 junio 1959, pág. 77. Baltimore, State Department of Health.
- Harper, P. A., Fischer, L. K. y Rider, R. V. — Neurological and intellectual status of premature at three to five years of age. *J. Pediat.*, 1959, 55, 679.
- Hatt, J. J., Flusin, M. F., y Chavanne, J. — L'élevage et l'avenir des prématurés de poids égal ou inférieur à 1.250 g., Étude portant sur 42 observations. *Ann. Pédiat.*, 1972, 19, 1, 67-71.
- Hess, J. H. — A developmental study of prematurely born children infants weighing 1250 y or less at birth. *Pediatric clinic of North America*, 1954, 679-684.
- Knobloch, H., Rider, R., Harper, P. y Pasamannick, B. — Neuropsychiatric sequelae of prematurity; a longitudinal study. *J. Am. Med. Assoc.*, 1956, 161/7, 581-585.
- Kohler, C., Ramel, M. J. y Brette, Fr. — Avenir somato-psychique des enfants nés après terme. *Psychiat. Infant.*, 1963, 6, 243-254.
- Kolonja, S. — Die Kindesübertragung: Literaturübersicht und eigener Standpunkt. *Biblioteka gynaecologica*, 1967, 4, 41-105.
- Larroche, J. Cl. — Les lésions cérébrales chez le prématuré à la naissance. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 269-276.
- Lévesque, J. y Coffin, R. — Études sur l'avenir éloigné des enfants nés débiles ou prématurés. *Le Nourrisson*, París, 1951, 39/4, 133-157.
- Lézine, I. — Le développement psychologique de l'enfant prématuré. *Pédiatrie*, 1963, 3, 319-328.
- Lézine, I. — Le développement psychomoteur des jeunes prématurés. *Études néonatales*, 1958, 7/1, 1-50.
- Lézine, I. — Problèmes éducatifs du jeune prématuré. *Enfance*, 1958, 3, 213-243.
- Lézine, I. — Les séquelles lointaines de la prématurité. *Rev. Franç. Gynéc.* (En prensa).
- Lubchenko, L. O., Horner, F. A., Hix, I. E. Jr., Hassel, L., Cohig, R. y Elliot, H. — Development of premature infants of low birth weight: Evaluation at ten years of age. *Am. J. Dis. Child*, 1962, 102, 752.
- Malarrivé, J., Barouk, J., Duhamel, J. y Verger, P. — Le devenir immédiat et lointain des enfants nés après terme. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1969, 17/8, 505-511.
- Muller, C. — La psychologie de la gestation et la question de la grossesse prolongée par des causes psychologiques. *Gynaecologia*, 1954, 138/4, 447-465.
- Papiernik, E. — De l'évaluation du risque à la prévention de la prématurité. *Concours méd.*, 1972, 94/7, 1104-1108.
- Parnelee, A. H. Jr., Wenner, W. H., Akiyama, Y., Schultz, M. y Stern, E. — Sleep states in premature infants. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1967, 9, 70-77.
- Rawlings, G., Reynolds, E. O. R., Stewart, A., y Strang, L. B. — Changing prognosis for infants of very low birth weight. *Lancet*, 1971, 7698, 1, 516-519.
- Rossier, A. — Bilan éloigné de 156 prématurés de poids de naissance inférieur à 1.500 gr. *Arch. franç. Pédiat.*, 1969, 15, 231-261.
- Rotschild, B. F. V. — Incubator isolation as possible factor to the high incidence of emotional disturbances among prematurely born persons. *J. of Gen. Psych.*, 1967, 110, 287-304.
- Saint-Anne Dargassies, S. — Evolution des signes neurologiques pathologiques au cours des deux premières années de vie chez le prématuré. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 277-282.
- Saint-Anne Dargassies, S. — La maturation neurologique des prématurés. *Études néonatales*, 1955, 71-122.
- Saint-Anne Dargassies, S. — Neurological maturation of the premature infant of 28 to 41 weeks, 306-325. En *Human development*. Falkner, F., ed. W. B. Saunders et Co. Filadelfia y Londres, 1966.
- Solkoff, N., Yaffe, S., Weintraub, D., Blase, B. — Effects of handling on the subsequent developments of premature infants. *Devel. Psychol.*, 1969, 1, 765-768.
- Uddenberg, G. — Diagnostic studies of premature. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*, 1955, supl., 104.
- Wiener, G. — Psychologic correlates of premature birth. A review. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1962, 134, 129-144.
- Zittrn A., Ferber, P. y Cohen, D. — Pre and perinatal factors in mental disorders of children. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1964, 139, 357-361.

*
*

Número especial "Les prématurés". *Revue Neuropsychiat. Infant.*, 1969, 17, 11.

CAPÍTULO XV

PROBLEMAS PLANTEADOS POR LA CARENCIA DE AFECTOS Y DE AFERENCIAS SOCIALES Y SENSORIALES

Reunimos bajo este título diversos tipos de trastornos descritos con denominaciones diferentes: síndrome de carencia materna o afectiva, de privación o de "deprivación", de frustración precoz, de abandono, de separación, etc. Estas distintas denominaciones, consideradas a menudo como equivalentes, corresponden generalmente a concepciones teóricas o patogénicas particulares.

Por ello nosotros utilizamos preferentemente la denominación "*desaferentación de afectos o de aferencias sociales o sensoriomotoras*", que tiene un carácter más neutro. Denominamos aferencias a todos los estímulos procedentes del exterior (suprimimos los interiores, más complejos, pues van íntimamente ligados a las pulsiones) que, teóricamente, enriquecen y permiten la formación o la organización de la personalidad, ya sea simplemente por su afecto, ya sea por las satisfacciones o insatisfacciones que provocan o por las catexis que crean. Teóricamente los distintos tipos de desaferentación pueden producir modificaciones en lo que se denomina, por una parte, la "red de referencias internas" (S. J. Friedmann), y repercutir sobre lo que se denomina, por otra parte, los "modelos ambientales" (J. Bruner). Estos cambios serían distintos en el niño en vías de organización y en el niño ya organizado.

Después de estas consideraciones teóricas pueden abordarse los diversos tipos de desaferentización parcial o total mediante la observación directa, estudios catamnésicos o retrospectivos.

I. — HISTORIA

El problema de la *desaferentación social* está planteado desde el siglo XVIII a propósito de los niños salvajes, llamados luego niños-lobo, y ya E. de Condillac, J. J. Rousseau, C. von Linné relatan estos casos.

El período científico empieza, que nosotros sepamos, en 1801, con las memorias de J. Itard sobre *Victor, el salvaje del Aveyron*. Éste es un trabajo capital no sólo por la descripción del caso y por los problemas que suscita, sino también por el resultado obtenido por Itard después de una paciente reeducación.

El problema de la privación sensorial interesó también a E. de Condillac y a Diderot, y en 1745 este último escribió su famosa *Carta sobre los ciegos al estilo de los que ven*, obra posteriormente muy discutida.

L. Bender y R. Spitz consideran que la primera experiencia sobre la privación afectiva en el niño fue hecha por el emperador Federico II, que reinó desde 1190 hasta alrededor de 1250. Salimbeni, un cronista que le conocía personalmente refiere lo siguiente: "La segunda locura de Federico fue que quiso saber qué tipo de lengua y qué forma de hablar tendrían los niños cuando hubieran crecido si antes no habían hablado con nadie. Ordenó a las nodrizas y a las niñeras que lactasen a los niños, los bañasen y lavasen pero sin charlar con ellos ni hablarles de ninguna forma, porque quería saber si estos niños hablaban hebreo, que era la lengua más antigua, griego, latín o árabe, o quizá la lengua de sus padres. Sus intentos fueron vanos porque todos los niños murieron, ya que no podían vivir sin las caricias, las caras alegres y las palabras de amor de las nodrizas. Por ello se llama canción de cuna la canción que canta una mujer cuando balancea la cuna para dormir al niño, sin esta canción un niño duerme mal y no reposa."

A finales del siglo pasado y principios de éste, Archambaud y Parrot (en Francia), insisten sobre la importancia de los factores psicológicos en los trastornos que presentan los niños internados en instituciones. H. D. Chapin aporta casos de niños "atróficos" que habían sido criados en una institución durante mucho tiempo. Pfaunder (1915) describe con el nombre de hospitalismo algunos trastornos entre los cuales incluye la falta de cuidados maternos. Christoffel demuestra que los trastornos presentados por los niños de corta edad no dependen únicamente de una menor resistencia a las infecciones por la falta de higiene, sino también a una falta de relaciones entre la madre y el niño.

Pero es sobre todo, a partir de 1930, con D. M. Levy, J. Bowlby, L. Bender y W. Goldfarb, en que son mejor descritos los efectos de una institucionalización precoz y se correlacionan con la falta de cuidados maternos. Después de 1940, importantes trabajos (especialmente las monografías de D. Burlingham y A. Freud, tituladas "Niños sin familia", la de H. Edelston y R. Spitz sobre el hospitalismo, y la de J. Aubry sobre la carencia de cuidados maternos) abordan esta cuestión, es decir, las reacciones de angustia, los efectos de la separación y lo que J. Aubry denomina "síndrome de estabulación hospitalaria".

En 1951, J. Bowlby publica una monografía titulada "Cuidados maternos y salud mental", en la cual presenta una completa revisión de la literatura mundial, una exposición de sus propias investigaciones e intenta demostrar la importancia que debe otorgarse a los lazos afectivos madre-hijo en el desarrollo de la personalidad y en la organización de las funciones afectivas, cognitivas y perceptivas. El autor afirma con energía que "las privaciones prolongadas durante los 3 primeros años de la vida dejan rasgos característicos en la personalidad del niño. Clínicamente estos niños son afectivamente retraídos y solitarios, no llegan a tener relaciones libidinosas con otros niños o con adultos y por tanto no tienen en realidad amigos". Si L. Bender ya había insistido sobre la anormalidad de las primeras relaciones en la realización posterior de cuadros psicopáticos. J. Bowlby sostiene, además, la hipótesis de la existencia de una relación específica entre la privación prolongada de cuidados maternos y la organización del delincuente. Este trabajo fue objeto de muchas polémicas y provocó numerosas investigaciones que condujeron a varios autores a nuevas posturas teóricas sobre esta cuestión. La O. M. S., que publicó la primera monografía de J. Bowlby (1951),

promovió una revalidación de los efectos de la carencia afectiva (1962), y ha reunido en una nueva monografía las opiniones de los autores de tendencias diversas junto a una actualización de la teoría de J. Bowlby, realizada por su colaboradora Mary Ainsworth, la cual hace además un estudio crítico muy comedido y claro de la literatura. Del mismo modo las observaciones e hipótesis de R. Spitz sobre el hospitalismo han sido revalidadas y criticadas en otros lugares (N. O'Connor, S. R. Pinneau, Cl. Launay, G. Heuyer, P. Bertoye, etc.).

Las importantes aportaciones clínicas sobre este tema proceden de estudios experimentales, animales o clínicos de distintas escuelas y muchas veces tienen un valor desigual.

1.º La experimentación animal

Numerosos autores se han interesado en el estudio del comportamiento de los animales mantenidos aislados durante un tiempo más o menos largo, comparándolos con grupos de control, y han señalado los efectos desfavorables de la carencia social y sensorial en diversas especies de mamíferos: conducta de huida y sobre todo efectos sobre el aprendizaje. Destaquemos los trabajos clásicos de D. O. Hebb, de Benjamin, de Weininger, de S. Levine, de P. H. S. Liddell. Equipos como el de M. R. Rosenzweig (1971), examinan desde una perspectiva pluridimensional los efectos sobre las ratas de medios "empobrecidos" y "enriquecidos". Estos últimos proporcionan resultados de difícil interpretación.

Revisando los argumentos propuestos para explicar los distintos trastornos que presentan los animales criados en completo aislamiento, G. P. Sackett (1972) deduce el concepto de la atrofia estructural; es decir, que la desaferentación estricta, durante la crianza, especialmente en la visión y audición, produce una degeneración estructural y bioquímica en estos sistemas sensoriales (p. ej., A. H. Riesen, 1960; L. Gyllenstein y cols., 1966). Un fenómeno equivalente es la detención del desarrollo que afecta a los mecanismos no desarrollados o que lo están parcialmente en el nacimiento y que requieren informaciones aferentes sensoriales posnatales para una completa maduración (M. W. Fox, 1966). Un tercer punto de vista es el relativo a los trastornos del aprendizaje (H. F. Harlow y M. K. Harlow; J. P. Scott). Por último G. P. Sackett hace referencia al traumatismo del parto y a la hiperemotividad provocada por las alteraciones entre informaciones aferentes actuales y las recibidas durante la crianza en aislamiento.

Todas estas teorías, excepto quizá la que hace referencia al parto, presentan en común el supuesto de que cierto tipo, o ciertos tipos, de estímulos sensoriales que conllevan información sobre el entorno son necesarios para un desarrollo ordenado de la conducta tanto en los animales como en el hombre.

Aquí nos limitaremos a las investigaciones realizadas con monos.

De particular importancia son los trabajos llevados a cabo durante años por H. F. Harlow en el mono joven. Estudiando el desarrollo social de los monos rhesus, este autor pone de manifiesto que el aislamiento social total desde el nacimiento hasta los 3 meses produce efectos reversibles, pero a los 6 o 12 meses de aislamiento se producen lagunas sociales definitivas, aunque se conserva la integridad de las funciones cognitivas. El aislamiento social parcial consistente en impedir (desde el nacimiento hasta los 6 o 12 meses) todo contacto físico de los monos con sus congéneres, pero permitiéndoles verlos y oírlos, provoca en los dos sexos alteraciones del individuo como tal, de su sexualidad y de sus aptitudes sociales. Las hembras llegan a una adaptación sexual satisfactoria debido a la experiencia adquirida, pero los machos no consiguen esta adaptación. Las hembras criadas en un aislamiento social parcial y posteriormente fecundadas se convierten en madres crueles o indiferentes con su primogénito, mientras que con el segundo hijo se comportan de forma normal o con superprotección. Una serie de investigaciones consisten en criar monos jóvenes con madres deficientes o anormales, ofreciéndoles simultáneamente la posibilidad de relacionarse entre sí. En este caso, si se compara el desarrollo social de los grupos de monos criados por su madre natural y normal, con el de los monos criados junto a muñecas disfrazadas con peluca y biberón, se observa que los criados por las madres reales juegan más pronto y de forma más eficaz que los criados con las madres simuladas, pero las diferencias de socialización que se observan al principio van atenuándose hasta desaparecer prácticamente hacia el final del primer año.

H. F. Harlow (1972), tras comparar las respuestas agresivas en monos normales y en otros aislados, destaca que tanto los adolescentes como los adultos normales presentan un control social sano: nunca amenazan a los monos más fuertes ni arremeten jamás contra las crías sin defensa, mientras que los monos aislados presentan una falta de control social: temen a todos los monos normales, crías, adolescentes, adultos, pero con frecuencia no pueden evitar el cometer actos agresivos frenéticos y suicidas contra machos y hembras más grandes, así como atacar a las crías.

En su estudio realizado con monos rhesus criados desde la infancia en diversas condiciones de aislamiento social y sensorial, G. P. Sackett (1972) encuentra los efectos descritos por H. F. Harlow y M. K. Harlow y piensa que la base de ciertas o de todas las anomalías, incluso de las más dramáticas tendría su origen en lo que considera los efectos del aislamiento sobre el comportamiento no social, es decir sobre el comportamiento investigador y los grados de actividad motora, sobre las preferencias para una aferencia perceptiva compleja, las reacciones a una excitación nociceptiva, la inhibición de respuestas inadecuadas a la situación y quizá las reacciones bioquímicas en el stress; también encuentra que la crianza en aislamiento sensorial no social, pero con estimulación social, suprime completamente el síndrome de aislamiento en cuanto a la conducta posterior tanto social, como no-social; la crianza en aislamiento con estimulación no-social de los receptores de sentidos, tiene poco o ningún efecto sobre la modificación del síndrome de aislamiento; la crianza con estimulación directa del cerebro, pero sin información, aunque no logra la normalización de los sujetos, parece que logra compensar algunos de los defectos del comportamiento que son típicos de una crianza en aislamiento total.

H. F. Harlow (1972) realiza investigaciones de "terapia" en los monos sometidos a un período destructivo desde el punto de vista social, por aislamiento total durante seis meses a partir del nacimiento: se ha logrado la curación casi completa de los sujetos aislados, a través de una interacción progresiva con los monos "terapeutas" socialmente normales tres meses más jóvenes; estas conclusiones sugieren que los monos terapeutas deben ser seleccionados de tal manera que no ofrezcan ninguna amenaza para los monos anormales y que la socialización se produce en gran parte como consecuencia de un aprendizaje imitativo cuando los animales más jóvenes pasan por los estadios sucesivos de la socialización.

2.º Los estudios sobre los "niños salvajes"

A pesar de que generalmente es difícil extrapolar al hombre la experimentación animal, ésta es muy importante desde el punto de vista biológico general, ya que demuestra que el desarrollo normal depende de las condiciones apropiadas de los estímulos ofrecidos en el momento oportuno durante la vida de los individuos.

Este método de experimentación no puede aplicarse al hombre. Sin embargo, se conoce como bastante característico el caso de los "niños salvajes" o "niños-lobos" que habían vivido fuera del ambiente social y que presentaban, cuando se les descubrió, las características del *homo ferus* en el sentido de Linneo. L. Malson, en 1964, encontró 52 casos de este tipo en la literatura. Según este autor, estos niños salvajes ofrecen, juntamente con la diversidad de los fenómenos referidos, algunas características generales: dificultades para llegar a expresarse intencionalmente de forma satisfactoria, tendencia a la marcha cuadrúpeda, inclinación a dejar a sus semejantes por los animales, peculiaridades sensitivas, por ejemplo, insensibilidad térmica; o sensoriales, por ejemplo, notable agudeza visual en la oscuridad y falta de apetencias libidinosas.

Muchas de estas observaciones han sido discutidas. La crítica esencial se basa en considerar a estos niños oligofrénicos o encefalopatas de nacimiento. ¿Se trata de niños salvajes que presentan síntomas de desafrentación humana, o son niños autistas extraviados, como supone B. Bettelheim? Tres son las observaciones más recordadas. El caso de *Kaspar Hauser*, cuya historia es narrada en primer lugar por P. J. H. Feuerbach, y posteriormente referida por muchos autores; el caso de *Victor del Aveyron*, publicado por J. Itard, y el caso de *Amala y Kamala* (recogidos por el reverendo Singh), cuyo valor ha sido defendido por A. Gessell. Estos casos merecen la atención no sólo por el valor de la descripción inicial, sino también por su evolución, que revela las posibilidades y los límites de su aprendizaje.

Recordemos un problema similar abordado recientemente por K. Davis (1940-1947). Se trata de dos niñas ilegítimas, Ana e Isabel. La primera estuvo completamente aislada con una madre mentalmente anormal recibiendo tan sólo lo necesario para sus necesidades alimenticias y una higiene elemental, la segunda vivía en una habitación oscura, sola con su madre sordomuda, con la cual sólo podía comunicarse mediante gestos. Ambas presentaban, cuando fueron descubiertas, un nivel mental equivalente a la idiocia. La primera hizo progresos lentos y aprendió a hablar y andar, pero murió cuatro años y medio después sin haber alcanzado un potencial intelectual normal, por lo cual no sabemos si era una débil mental de nacimiento. La segunda adquirió, en menos de dos años, un nivel intelectual importante que le permitió seguir un aprendizaje escolar.

II. — EXAMEN DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS

1.º Observaciones directas de desafrentaciones precoces

Evidentemente no puede hacerse una verdadera experimentación de este tipo en el lactante; en cambio, se pueden suprimir o disminuir experimentalmente los afectos del estado carencial. Se puede realizar un estudio comparativo entre un grupo de control de niños criados en un hospital u otra institución, relativamente frustrados o traumatizados, y otro grupo del mismo medio que hayan recibido mayores estímulos o cuidados (H. M. Skeels y otros, Prugh y otros). Estas investigaciones hechas en niños mayores de 2 años no son demostrativas, mientras que los estudios realizados en niños menores de un año, en los cuales unos reciben cuidados normales pero de varias personas, y otros cuidados intensivos e individuales, son especialmente interesantes (H. L. Rheingold, M. David y G. Appel). A este respecto, M. D. Ainsworth señala que estos minuciosos estudios demuestran la dificultad que existe para organizar los cuidados individuales en las instituciones y concuerda con los que piensan que una buena institución no tiene que ser necesariamente frustrante, pero, para el lactante y el niño pequeño, es muy difícil crear una "buena institución". Según H. M. Skeels, no es tan sólo el medio institucional el causante de la frustración, sino sobre todo la falta de interacción con la figura de la madre.

R. Spitz denomina "hospitalismo" a la alteración del cuerpo relacionada con un confinamiento largo en un hospital, o a los efectos nocivos de la institucionalización durante los primeros años de la vida. Sus primeros estudios consisten en la comparación de niños de dos instituciones, un orfanato y una prisión de mujeres delincuentes que generalmente son acogidas allí estando embarazadas. En ambos lugares la higiene mental y la alimentación era excelente, sobre todo, desde un punto de vista médico, en el orfanato. Globalmente, las madres de los niños acogidos en el orfanato son psíquicamente normales, mientras que las de los niños de la prisión son casi todas psíquicamente anormales. El desarrollo inicial de los niños del orfanato es superior al de los niños de la prisión. Sin embargo, durante el estudio de estos grupos el autor destaca que los niños del orfanato presentan trastornos que no se encuentran en los otros. La diferencia esencial entre estos dos grupos reside en el contacto con otras personas. En el orfanato, los niños, después de haber sido alimentados a pecho durante algunos meses, son colocados en boxes individuales y no tienen ningún contacto humano durante la mayor parte del día. Por el contrario, en la cárcel, cada niño está durante todo el día bajo los cuidados de su madre delincuente, o, en caso de necesidad, de otra penitenciaria embarazada, supervisadas por

una enfermera competente. Posteriormente, R. Spitz, al ampliar sus investigaciones, pudo distinguir dos tipos de trastornos carenciales: la privación parcial de afectos y la carencia total.

La privación parcial de afectos. — Se observa en niños que después de un mínimo de seis meses de relaciones con su madre, fueron apartados de ella durante un período más o menos largo. La persona que sustituyó a la madre durante la separación no satisfizo al niño. Estos niños presentaban un cuadro clínico progresivo cuyo grado estaba en relación con el tiempo de la separación. Durante el primer mes los niños se vuelven llorones, exigentes y se abrazan al observador cuando se acerca a ellos. Al segundo mes los llantos se transforman en chillidos y hay pérdida de peso y detención del desarrollo. Al tercer mes rechazan las relaciones, permanecen tendidos en la cama y tienen insomnio. La pérdida de peso prosigue y la cara está contraída. Después del tercer mes la rigidez de la cara se vuelve permanente, los llantos cesan y son sustituidos por extraños gemidos, el retraso va en aumento transformándose en letargo. Si se devuelve el niño a su madre entre el tercer y el quinto mes como máximo, estos trastornos desaparecen con gran rapidez. R. Spitz denomina a este cuadro *depresión anaclítica*. J. Bowlby considera que tiene algún parecido con los síndromes depresivos: hipofunción psíquica y somática, hipoactividad, hiporreactividad, disminución de la comunicación, de los gestos y de los movimientos, abatimiento y tristeza que pueden llegar hasta el estupor; es decir, una sintomatología que se expresa por inhibición, inercia, soledad y falta de interés hacia el mundo exterior. Según R. Spitz, para que el niño presente la depresión anaclítica, es necesario que antes haya tenido buenas relaciones con su madre.

La carencia total de afectos. — La carencia total de afectos produce siempre consecuencias funestas sean cuales sean las relaciones previas habidas entre la madre y su hijo. El estudio de R. Spitz se refiere a niños que, durante los tres primeros meses de su vida, fueron criados a pecho por su madre y cuyo desarrollo era normal. Los lactantes destetados a los 3 meses fueron después confiados a los cuidados de una niñera que asistía por término medio a 10 niños o más, con una higiene y una alimentación excelentes. Después de la separación de la madre, estos niños atraviesan rápidamente los estadios descritos en el síndrome de privación parcial. Una vez traspasados estos estadios, el retraso motor es evidente, estos niños yacen en cama completamente pasivos, sin revolverse, con la cara inexpresiva y con espasmos de la cabeza y movimientos extraños de los dedos.

R. Spitz compara esta evolución a los tres estadios descritos por H. Selye en el síndrome general de adaptación: fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento.

J. Aubry ha descrito trastornos equivalentes como consecuencia de la permanencia repetida en instituciones, y ha demostrado por otra parte los efectos beneficiosos de la psicoterapia.

Los hechos descritos y las hipótesis emitidas por R. Spitz han sido sometidas a una dura crítica tanto por los autores anglosajones como por los pediatras franceses (N. O'Connor, S. R. Pinneau, Cl. Launay, P. Bertoye, etc.). Se le reprocha el no haber realizado un examen somático o neurológico suficientemente preciso, arriesgándose a pasar por alto una posible encefalopatía de base, el no haber utilizado los tests adecuados, el haber ampliado demasiado la noción de hospitalismo, mientras que los casos que describe podrían ser debidos simplemente a una sensibilidad aumen-

tada, y el haber ensombrecido excesivamente el pronóstico. Algunos autores consideran que el marasmo o la mortalidad no dependen solamente de las condiciones de hospitalización.

2.º Estudios retrospectivos

Este tipo de estudios han sido empleados por L. Bender. Este autor, después de identificar un síndrome denominado "trastornos psicopáticos del comportamiento", lo relaciona con una carencia materna grave y precoz acaecida durante los 2 o 3 primeros meses de la vida, debida, ya sea a una institucionalización prolongada y frustrante, a interrupciones repetidas de las relaciones con la madre, o bien a relaciones extremadamente frustrantes con los padres (sin que haya existido separación).

Por su parte, J. Bowlby, estudiando un grupo de niños ladrones y un grupo de control de niños no ladrones, describe un síndrome de "inafectividad" relacionándolo con la existencia, ya sea de una separación precoz y prolongada, de insuficientes cuidados maternos, o bien de un cambio de la figura materna.

El papel de la separación es considerado posteriormente en la patogenia de los trastornos sociopáticos en general y de la delincuencia en particular (S. Glueck y V. T. Glueck).

R. G. Andry niega esta hipótesis y opina que las separaciones de un niño, de su padre o de su madre, o de ambos, no parecen desempeñar un papel esencial en la génesis de la delincuencia, aunque admite que se encuentran los antecedentes de separación grave en una parte de los delincuentes, y que una carencia o una distorsión de la relación entre los padres y el hijo (sin separación física), puede contribuir a una desviación del comportamiento.

Analizando los trabajos de diversos autores, M. D. Ainsworth opina que el estudio mediante las técnicas retrospectivas no permite responder a las siguientes cuestiones: ¿qué proporción de niños procedentes de hogares excepcionalmente desfavorables no se convierten en retrasados mentales, y por qué motivos? ¿Cuál es la proporción de padres que se comportan de una forma frustrante cuyos hijos no manifiestan tendencias a la agresividad no socializada? ¿Qué proporción de niños criados en instituciones, pero teniendo relaciones duraderas con los padres, no se convierten en sujetos notablemente estables?

3.º Estudios catamnésicos

Como dice M. D. Ainsworth, esta técnica es la inversa de la retrospectiva y consiste en escoger un grupo de sujetos que hayan sufrido una carencia de naturaleza y gravedad definidas con suficiente precisión, y examinar su comportamiento actual con la finalidad de establecer la frecuencia de los "efectos" que se supone son el resultado de esta carencia.

Uno de los estudios catamnésicos más clásicos es el de W. Goldfarb, cuyo grupo está compuesto exclusivamente por niños que entraron en una institución con un régimen muy frustrante a una edad media de 4-5 meses, permaneciendo allí tres años antes de ser colocados en hogares familiares. W. Goldfarb comprueba que los niños criados en la institución eran claramente inferiores a los niños de control criados en hogares familiares. Presentaban un bajo rendimiento de la inteligencia general, de la memoria visual, de la conceptualización, de la función verbal y de la adaptación

escolar, junto a debilidades peculiares, tales como: incapacidad para el esfuerzo sostenido y para la concentración, apatía intelectual, agitación y búsqueda de manifestaciones de afecto por parte de sus compañeros.

Entre los estudios catamnésicos más recientes, M. D. Ainsworth (1962), recoge cuatro distintos entre sí: el de J. Bowlby, que se ocupa de las consecuencias de las separaciones frustrantes; el de D. H. Stott, que estudia las consecuencias de la separación madre-hijo sin tener en cuenta el grado de frustración concomitante; el de J. Chambers, que examina un grupo de sujetos separados de la madre y gravemente frustrados, pero limitándose al estudio de una desorganización particular (la capacidad de conceptualizar el tiempo), y por último el de J. Robertson, que investiga cuáles podrían ser los efectos de unas relaciones insuficientes en la primera infancia sin separación física.

El trabajo de J. Bowlby consta del estudio de un grupo de 60 niños internados en un sanatorio para tuberculosos durante los primeros cuatro años de su vida, que permanecieron allí durante periodos de tiempo variables antes de volver con sus padres. Las características de este grupo son mucho menos homogéneas que las de Goldfarb. A pesar de algunas reservas, estos autores han comprobado que los niños que han sufrido la experiencia del sanatorio son con más frecuencia poco comunicativos, apáticos, con tendencia a la brusquedad y a la cólera, y menos capaces de concentración que los niños de control.

J. Chambers estudia la capacidad para conocer el tiempo en un grupo de niños con carencia que habían sufrido como mínimo tres cambios de lugar durante los tres primeros años de su vida. Comparado con un grupo de control equivalente desde el punto de vista de la edad, la inteligencia y el nivel socioeconómico, los niños con carencia son significativamente inferiores a los de control.

J. Robertson ha estudiado un grupo de niños que presentan una carencia materna sin separación física. Las madres de estos niños eran netamente deficientes desde el punto de vista de la interacción con sus niños, los cuales presentaban caracteres comunes: hipotonía muscular, lentitud del desarrollo muscular, falta de reactividad hacia la madre y el ambiente, y disminución de la capacidad de comunicarse con los demás y de expresar sus sentimientos. Del estudio comparativo hecho en estos niños, primero en el dispensario, durante los 5 primeros meses de la vida, y después en el parvulario, se desprende que estos niños se distinguen de un grupo de control por las características descritas anteriormente.

D. H. Stott escogió su grupo entre niños retrasados mentales (entre los cuales se distingue un subgrupo formado por sujetos que estuvieron bastante tiempo separados de sus madres antes de la edad de 4 años). Los clasifica en categorías distintas, pero señala que todos tienen un punto común: parecen sentir una necesidad excesiva de aprobación materna. Esto corrobora las observaciones de J. Bowlby y otros, que encontraron un elevado porcentaje de niños excesivamente dependientes.

Realizando el estudio crítico de estas observaciones, M. D. Ainsworth opina que estas catamnesis son válidas si se admite que en todo grupo homogéneo procedente de un medio determinado, las distintas variables se confunden inevitablemente, y que el examen de grupos desiguales y las comparaciones entre los diversos estudios son sin duda la mejor forma de discernir la influencia de las variables en cuestión. Los esfuerzos de la investigación deben concentrarse hacia la evaluación de las funciones específicas que están o pueden estar afectadas por la carencia, utilizando técnicas de evaluación sensibles y fieles más que técnicas superficiales y poco seguras.

B. Wootton considera que el estudio de grupos muy amplios es indispensable para llegar a apreciar el poder patógeno de las experiencias de separación entre la madre y

el hijo, mientras que M. D. Ainsworth opina que en los estudios realizados con grupos muy amplios, la evaluación de los efectos de la carencia y de la separación precoz sólo puede ser superficial y poco segura, por lo que prefiere el estudio catamnésico de grupos reducidos.

III. — PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

Puede afirmarse que la monografía de J. Bowlby ha transformado nuestras concepciones sobre la asistencia a los niños tanto desde el punto de vista hospitalario como institucional. Sin duda alguna es un progreso considerable el haber provocado un cambio, incluso pequeño, en la individualización de los cuidados a los niños, pero, por otra parte, la importancia de la madre, justamente revalorizada, ha ocasionado en algunos casos una valoración utilitaria de la madre dedicada exclusivamente al cuidado de su hijo, en la cual algunas mujeres han visto una corriente antifeminista. Además, es necesario decir que la poca importancia dada por algunos autores al padre tiene el peligro de desvalorizarlo, quitándole una parte de sus responsabilidades.

Algunos antropólogos, y especialmente M. Mead, consideran que J. Bowlby ha cometido el error de querer erigir en un conjunto de principios universales una serie de observaciones etnocéntricas extraídas de nuestra sociedad, y consideran que el establecimiento, entre la madre y el hijo, de relaciones desconocidas a lo largo de la historia de la sociedad humana, podría ser una innovación social de gran alcance.

El concepto de madre monocéntrica, tal como ha sido estudiado por numerosos autores (como opuesto al de madre múltiple) interesa compararlo con el existente en otras culturas diferentes a la nuestra (véase el capítulo *El niño y la familia*).

Sea cual sea nuestra posición frente a los numerosos problemas planteados a través del estudio de las carencias maternas, lo que podemos afirmar rotundamente es el hecho de que todas las investigaciones sobre este tema además de proporcionarnos una documentación, nos han obligado a una reflexión que ha enriquecido nuestros conocimientos y nuestra visión desde el punto de vista sociológico y psicopatológico.

Hay que tener en cuenta estos hechos al abordar el complejo problema de la adopción de los hijos y de las instituciones para los mismos. Frente a una realidad social concreta no es posible afirmar que toda adopción e institución sea nefasta para el niño. Sin embargo, debemos reconocer que si existen relativamente pocas instituciones útiles, se debe a su forma de organización. La forma de encontrar soluciones convenientes no es a base de hacer instituciones bonitas, sino teniendo presente que es necesario no sólo satisfacer las necesidades elementales del niño, sino también de los aspectos afectivos y de preparar al niño y a los padres para la adopción. Las estancias en un internado son necesarias a veces, pero una buena adopción familiar puede reemplazarlas ventajosamente. La solución de la media-pensión es la más favorable cuando la familia conserva su valor como tal. Lo que hay que evitar a toda costa es resolver el abandono mediante la seudolución de un abandono institucionalizado. Es decir, que los problemas del niño y de la familia deben confrontarse y la sociedad según su organización cultural y experiencia debe encontrar solución a estos problemas que aumentan día a día en la sociedad actual.

Lo que sorprende, a veces, es el valor de generalidad que se atribuye a la noción de carencia sobre la base de estudios de grupos a veces muy heterogéneos. No se puede invocar la misma patogenia para todos los casos de desaferentación. El problema será distinto: según la importancia de la desaferentación, casi total o parcial, según el momento en que se produzca, antes de los 3 meses, entre los 3-6 meses, entre los 6-12 meses o más tarde (en este último caso deberán también tenerse en cuenta el traumatismo que representa la separación, la pérdida que no siempre puede ser cubierta por las aportaciones de otra persona y que puede ser vivida como un rechazo), y finalmente serán también distintos los casos de carencia larvada en el marco familiar, debidas a madres frustrantes por su actitud consciente o inconsciente.

— En los casos de carencia precoz se trata de una falta de aportaciones biológicas en el sentido amplio del término.

— En los casos de carencia más tardía se trata de un trastorno de las aportaciones formativas de otras personas, y cuando el niño ya se ha beneficiado de los efectos de la comunicación, en el sentido amplio del término, y ha creado las bases de su evolución, la separación puede producir trastornos regresivos o esquemas deformados de organización que ocasionan modificaciones por falta de estímulos nuevos y también por cambios de las circunstancias.

P. C. Racamier ha incluido con razón algunos de estos trastornos carenciales dentro del marco más general de la patología de la frustración. Este autor distingue varios tipos de conducta frustrante:

— La falta de amor y de cariño, forma de conducta que podría denominarse privación larvada, es decir, afectividad reprimida, afectividad rechazada, tolerancia indiferente, meticulosidad distante y fría y negligencia.

— La hostilidad que constituye el fondo de una conducta de rechazo activa, hostilidad que puede ser manifiesta, larvada, disimulada o compensada.

— El compromiso afectivo que caracteriza a todo un conjunto de conductas paternas, en las que ni el amor ni el odio se manifiestan directamente, pero que se asocian en una especie de regateo afectivo del que el niño sale siempre perjudicado.

— Las disarmonías de los estímulos afectivos.

Aunque esquemáticamente, pueden distinguirse tres tipos de frustración: la frustración por ausencia, la frustración específica (es decir, frustración de necesidades alimenticias, de succión, de estímulos sensoriales, etc.) y la frustración afectiva por falta de amor hacia el niño, sin embargo, en la práctica, estos tipos de frustración son mixtos. Se comprende que esta diversidad paradójica haga dudar a muchos autores que una misma causa pueda producir efectos tan diversos. Tampoco es sorprendente que las consecuencias próximas o lejanas de estas carencias sean interpretadas de forma distinta por los autores. Los efectos de la separación varían según la edad y el estado del sujeto cuando ésta se produce, su duración, su frecuencia, la presencia o no de un sustituto de la madre, la conservación de los contactos con los padres y la cualidad de la adaptación y de las relaciones anteriores a la separación. Algunos autores admiten que las consecuencias de la carencia, sobre todo si ésta es precoz, pueden ser irreversibles. M. D. Ainsworth opina que los trastornos evidentes consecutivos a una separación de corta duración o poco frustrante tienden a desaparecer con facilidad, excepto en los casos en que la relación madre-hijo haya sufrido al principio una distorsión, y a condición de que las experiencias posteriores de separación o de carencia no reactiven el proceso desencadenado por la primera separación. Esto no quiere decir que la desaparición de los trastornos evidentes signi-

fique que la reversibilidad es completa; el aumento de la sensibilidad a la angustia de la separación constituye por lo menos un efecto "escondido" que es fácilmente observable cuando interviene una nueva amenaza de separación. Según este autor, las experiencias de carencias de distintos tipos pueden ser equivalentes en gravedad y conducir a efectos análogos tanto en naturaleza como en grado, y al contrario, puede suceder que los mismos procesos (aunque tal vez a distintos grados), se traduzcan, según los niños, por síntomas distintos. Según M. D. Ainsworth, algunas alteraciones pueden ser reversibles con menor facilidad y menos completamente que otras, sobre todo las que afectan a la función verbal, a la abstracción y a la capacidad de trabar relaciones interpersonales profundas y duraderas.

Los autores tampoco están de acuerdo respecto al futuro lejano de las carencias precoces.

Como hemos visto, la oligofrenia de origen carencial es negada por muchos autores, mientras que otros admiten que la desaferentización puede desempeñar un papel en la génesis de algunos retrasos mentales y en las psicosis injertadas (véase el capítulo *Psicosis infantiles*).

Algunos investigadores admiten la existencia de manifestaciones neuróticas en los niños que han sufrido una carencia prolongada, mientras que P. C. Racamier distingue netamente la patología carencial de las neurosis. Según este autor, la privación produce una carencia inicial, de la cual el sujeto sólo puede salir mermado, mientras que en las neurosis, la conservación de las relaciones con los padres permite al sujeto entrar en los juegos imaginarios de las identificaciones, los cuales faltan precisamente en el niño que ha sufrido una carencia. Según E. H. Erikson, no se vuelven neuróticos a causa de las frustraciones, sino por la ausencia o por la pérdida de la significación social de estas frustraciones.

Aunque es evidente que estos niños diagnosticados como carenciales, entran dentro del cuadro del "abandonismo", el concepto incorporado por G. Guex plantea el problema de forma diferente.

La noción de "neurosis de abandono", de G. Guex, se presta a confusión. Se trata de niños necesitados de afecto, que presentan una avidez y una reivindicación afectivas junto a una dependencia afectiva. Se sitúan entre dos cuadros: el de la agresividad y el del masoquismo. Este autor distingue dos tipos: el agresivo y el que busca sobre todo amor, que podría llamarse tipo positivo amoroso. Este tipo de niños no forman parte necesariamente del cuadro de la patología carencial. Dependen de tres circunstancias: de los factores constitucionales, de la actitud afectiva de los padres y de los abandonos traumatizantes. Los trastornos de su personalidad dependen más de la situación triangular que de los efectos formativos, de los conflictos que de las carencias, y de la vida fantástica más que de la realidad.

Muchos autores admiten la posibilidad de una evolución hacia una personalidad psicótica y hacia la delincuencia. Ya hemos visto las características psicopáticas descritas por J. Bowlby y L. Bender. P. C. Racamier insiste igualmente sobre la incapacidad relacional y la insociabilidad de estos niños. Si algunos han calificado a estos niños de faltos de afectividad, solitarios y psicológicamente fríos, este autor piensa que para estos niños con "ceguera afectiva", ser amados y amar no tiene sentido. El niño frustrado muy precozmente no podrá dar ni recibir amor. Es evidente que todos los síndromes psicopáticos no pueden explicarse por una simple patogenia carencial. M. D. Ainsworth considera que ni la separación ni la carencia parecen ser la única causa de la delincuencia, incluso en los "indiferentes afectivos". Por otra parte, señala que el mismo J. Bowlby ha dicho que la carencia precoz de cuidados maternos es una de las causas principales de la formación de un carácter delincuente (o inafectiva o psicopática), pero no de la delincuencia. H. Lewis admite cierta rela-

ción entre los trastornos del comportamiento y algunos antecedentes específicos. Así, el rechazo paterno sería una causa importante de "agresividad no socializada", la negligencia de los padres tendería a favorecer la "delincuencia socializada", mientras que un "régimen opresivo" se asociaría a un comportamiento neurótico, y la separación duradera no sería la circunstancia etiológica de ningún tipo especial de trastorno.

El *problema patológico* se plantea unas veces a partir de la existencia de carencia y otras a partir de ciertos *a priori* sobre la relación ideal madre-hijo.

Se ha situado el problema carencial a nivel de un trastorno de la relación objetal que se produciría durante el primer año de la vida, pero sabemos que existe un período preobjetal muy importante y que el objeto es cargado afectivamente y sometido a pruebas incluso antes de ser percibido. Así, algunos hablan de una dependencia primaria que confirmaría en muchos puntos la hipótesis freudiana del narcisismo inicial (S. Lebovici y R. Diatkine).

Basándose en muchas referencias etológicas, J. Bowlby prefiere hablar antes de fijación que de dependencia. Según este autor, la fijación del lactante hacia su madre produce un verdadero "monotropismo" que sobrepasa mucho la esfera de las necesidades orales. La fijación primaria al objeto se expresaría a través de algunas respuestas instintivas que aparecen sucesivamente como lo demuestra la teoría del desencadenamiento interno de las pulsiones. Se trata esencialmente de cinco componentes: mamar, asirse a algo, abrazar, llorar y sonreír, los cuales permiten al niño sobrevivir, porque provocan los cuidados maternos y permiten los contactos íntimos del lactante con su madre. Por estos motivos, el autor rechaza la teoría de la dependencia y la relación secundaria para revalorizar la fijación primaria al objeto. En esta concepción se observa tanto una influencia de la doctrina etológica como de la doctrina kleiniana. Es evidente que en ésta existe una fuerte base biológica del modo de concebir las primeras relaciones, pero, por otra parte, J. Bowlby admite que en una fase más tardía existen otras formas de relación entre la madre y el hijo, y estima que, en estos casos, la separación pone a prueba las relaciones instintivas y desencadena un comportamiento de "luto", parecido al que se observa en el adulto.

Así podemos preguntarnos si se pueden designar con el mismo nombre tanto a las carencias que ocasionan una modificación formativa inscrita en las primeras relaciones, como a las carencias por separación en un sujeto ya maduro que tiene ya establecidas las nuevas organizaciones sociales.

Lo que parece evidente es que aparte de los automatismos generales que poseemos desde el nacimiento, y de las necesidades que son satisfechas por vía oral, existen en los niños "deseos de estímulos" y "deseos de afectos", es decir, algo más que lo que una persona puede aportar mediante su sola presencia o su simple donación nutritiva. Según A. Balint, el amor que el niño da a su madre es un amor arcaico, dirigido únicamente hacia la madre, pero sin tener en cuenta los intereses reales del objeto. La madre no aporta sólo amor en el sentido clásico del término, sino también un contacto cutáneo, una movilización, una regularización del ritmo biológico, una verbalización que incluso antes de tener un valor de comunicación es aferencia y afecto.

De hecho, lo que se llama "amor-materno" es un fenómeno complejo que ha permitido, por medio de la lactancia, la subsistencia de generaciones, pero nos parece que no se puede hablar del instinto maternal en la mujer occidental sin tener en cuenta una cierta ambivalencia, que es generalmente rebasada por la tradición y el deber. Los cuidados que la madre puede dar al niño dependen tanto de sus propias

cualidades como de las satisfacciones que el niño le ofrece, y cada madre tiene una forma distinta de cuidar a su hijo. Puede decirse que el niño contribuye a formar y reforzar el llamado instinto maternal, y que los cuidados maternos contribuyen a regularizar los automatismos biológicos y a crear las primeras relaciones. Las relaciones entre la madre y el hijo pueden ser la fuente de mutuas satisfacciones y crear las primeras orientaciones del niño. Gracias a la presencia de la madre las cosas toman un sentido, ya que el niño inmaduro necesita un punto de referencia. El mundo perceptivo no puede organizarse en su multiplicidad más que a partir de un eje (la madre), que orienta y que sirve de punto de referencia. Un aflujo de sensaciones múltiples y dispersas debe ser muy traumático si no se puede relacionar con la figura de la madre, figura cariñosa y amorosa siempre presente incluso durante sus ausencias. Este mundo sin sentido, estos objetos que aparecen y desaparecen, que se desplazan, este mundo mágico, sería horroroso sin la presencia de una figura determinada. Puede decirse que este punto de referencia fijo, permanente en su movilidad, es un seguro de formación. Pero la movilidad es necesaria porque el niño debe llegar a ser "él mismo"; no puede ser únicamente la imagen de los otros, sino que debe crearse su propia imagen. Cuando hablamos de madre nos referimos tanto a la madre biológica como a un sustituto materno. Lo más importante es recibir una cierta cantidad de estímulos, de una calidad particular y en medio de un clima afectivo.

Estudiando el problema del alimento-estímulo (concepto expresado por J. Piaget a propósito de la organización de las estructuras de la inteligencia), D. Rapaport sugiere que a cada nivel de la compleja jerarquía del aparato psíquico, las estructuras pueden requerir un alimento distinto, desde los estímulos sensoriales simples hasta las experiencias complejas que una sociedad concede con la finalidad de mantener en los individuos que la componen las creencias ideológicas y las identificaciones compatibles con ella. Según este autor, las vicisitudes instintivas, el desarrollo de las defensas y controles, son codeterminados por la experiencia, y las reconstrucciones terapéuticas demuestran que la eficacia de la experiencia en cuestión se remonta siempre a un antecedente de la "serie complementaria" de experiencias. Así, la dependencia de este desarrollo de estructuras del alimento-estímulo es probable, aunque nuestras reconstrucciones de estas series complementarias no nos remitan ordinariamente al simple alimento-estímulo sensorial. Refiriéndose a las investigaciones sobre la desaferentización que demuestran que algunas estructuras (estructura-tipo) son relativamente poco afectadas por una privación de estímulos a corto plazo, y se recuperan rápidamente cuando la privación cesa, se sugiere la existencia de una autonomía relativa de estas funciones. La supervivencia de las estructuras de defensa privadas de alimento-estímulo externo, es mantenida en último término por el alimento-estímulo interno (las pulsiones). D. Rapaport se arriesga a emitir una hipótesis según la cual en algunos individuos, y en algún grado probablemente en todos, el alimento-estímulo externo puede ser reemplazado por el alimento interno.

Concebidas de esta forma las desorganizaciones carenciales, no pueden ser juzgadas más que en función de los niveles de maduración anatomofisiológicos. Las necesidades son distintas según la edad y las características tipológicas (en el sentido amplio del término) de los sujetos, los cuales necesitan estímulos más o menos importantes o de calidad particular para mantener un cierto equilibrio energético de la necesidad. De hecho, algunos estímulos pueden ser insuficientes pero compensados por la recepción de otros estímulos; también pueden ser suficientes en cantidad pero no en calidad, y pueden ser aparentemente válidos cuantitativa y cualitativamente, pero inadecuados en relación con el momento en que son recibidos. No se puede considerar la carencia como una ausencia global de afectos dados y recibidos, sino

como una sucesión de acontecimientos que se producen cuando la necesidad se hace sentir con un conjunto de modificaciones que se producen durante su transmisión y su transformación. M. Klein señala, por una parte, que si las frustraciones impiden las experiencias gratificadoras, incluso cuando los factores del medio son favorables, la gratificación puede ser perturbada por "el deseo", emoción diferente, según este autor, de los celos o de la avaricia.

Es evidente que las frustraciones sentidas por el niño dependen de sus propias características. Algunos niños, por razones biológicas personales que deben ser aclaradas, no son capaces de asimilar los estímulos cuantitativa y cualitativamente considerados como válidos. Presentan una *malabsorción de los afectos* recibidos, y la patología compleja de estos casos merece ser revisada a fondo desde el punto de vista de la metabolización de los afectos originarios. Otros niños responden a la satisfacción de las necesidades como un aumento de las demandas, y se sienten frustrados en la cantidad y en la calidad de los estímulos. Finalmente, otros, a pesar de la satisfacción de sus necesidades sienten un aumento de sus deseos, que no se debe situar en el mismo nivel. Por otra parte, todas las madres no son parecidas en lo que respecta a la donación, y cada una tiene una biografía personal generalmente influenciada por su propio desarrollo y sus relaciones con sus padres. En el niño puede existir un potencial básico con demandas excesivas o, al contrario, una pasividad; la maduración motora o perceptiva precoz puede crear un desnivel entre la oferta de la madre y las demandas del hijo. De hecho, el valor cualitativo de estos estímulos (y también hasta cierto punto su valor cuantitativo, ya que una cierta cualidad puede reemplazar a la cantidad), depende de "la forma en que son ofrecidos", y su asimilación de "la forma en que son recibidos y experimentados", tanto por el organismo (en una época precoz) como por el propio sujeto que está en vías de socialización en tanto que persona a través de los mecanismos de relación.

IV. — LA ORGANIZACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO AFECTO DE UNA DESAFERENTACIÓN SENSORIAL

Describimos en este apartado dos tipos especiales de desafrentación: la visual y la auditiva. Tanto en una como en otra el problema debe ser examinado de forma distinta según se trate de una desafrentación congénita o de la privación de una función relativamente integrada, es decir, de la privación de un sistema sensorial desarrollado con el cual el individuo se ha organizado conjuntamente. No podemos abordar aquí este problema extensamente como ya hemos hecho en otro trabajo. (J. de Ajuriaguerra y G. Garrone en *Symposium Bel-Air (II)*, 1964).

1.° Psicología del niño ciego

La ceguera congénita. — Generalmente se admite que por sí misma la ceguera no dificulta cuantitativamente el desarrollo intelectual. Los déficit intelectual y sensorial pueden asociarse en los casos en que ambas circunstancias sean concomitantes a una

afección subyacente. Sin embargo, cuando la insuficiencia de aportaciones del ambiente dificulta el desarrollo del niño ciego, se producen déficit a veces irreversibles con más facilidad que en el niño normal. Aunque algunos autores (particularmente A. Parmelee) han descrito un retraso del desarrollo motor en los niños ciegos, este retraso no debe ser explicado por un déficit anatomofisiológico del sistema motor (excepto en los casos en que exista una lesión cerebral), sino por un trastorno de los movimientos en sí mismos. Efectivamente, en el individuo normal la motilidad es al principio automática y posteriormente el movimiento está causado por los estímulos externos, especialmente por los visuales, y la marcha y la posición sentada permiten la exploración del espacio. Estos estímulos no existen en los niños ciegos, y sus necesidades están satisfechas por otros estímulos. Por otra parte, C. H. Buell pone de manifiesto en sus investigaciones que la inferioridad motora general es tanto mayor cuanto más protegidos están los niños. Bajo la denominación de "blindismo" se ha descrito un tipo de comportamiento psicomotor caracterizado por balanceos y giros estereotipados, a veces rítmicos, una marcha particular, movimientos faciales o cervicales parecidos a algunos tics, y, en algunos casos, actividades automutilantes. Esta pérdida de referencias sensoriales y motoras debe ocasionar un trastorno del desarrollo del esquema corporal. Parece que en el niño ciego la experimentación del cuerpo a través de sensaciones cutáneas está hipervalorada y se prolonga más que en los videntes, confrontando al máximo la superficie cutánea con el ambiente, tocando los objetos con la boca, arrastrándose, exponiéndose al sol y al viento, etc. (H. R. Blanck, D. Burlingham). Es evidente que los ciegos no pueden organizar su espacio de la misma forma que los videntes, viviendo en un espacio háptico y auditivo.

Algunos autores se han dedicado a escribir las características particulares de la personalidad de los ciegos: ansiedad, dependencia del adulto, rechazo de competición, falta de agresividad, sensibilidad a las frustraciones (D. Burlingham). Sin embargo, E. L. Cowen y otros creen que no existe una inadaptación significativa en los adolescentes con déficit visual. Por otra parte, varios autores admiten, con razón, que las características afectivas descritas en los ciegos no están todas directamente relacionadas con el déficit visual, sino que dependen más del ambiente familiar y de las características del medio.

Para G. C. Lairy y cols., resulta importante matizar la afirmación muy general, según la cual es la actitud inadecuada del medio y en primer lugar de la familia, la responsable de la inadaptación del ciego. Se puede convencer a la familia de la posibilidad de una adaptación del niño ciego, pero es preciso advertirle de las dificultades que ésta presenta. La falta de visión vuelve *realmente* difícil la educación del niño ciego; requiere por parte de la madre cualidades muy superiores a las necesarias para la educación de un niño vidente. A la hora de adaptarse a las necesidades específicas del niño ciego, no hay que olvidar el hecho de que estas necesidades muchas veces se ignoran. Los éxitos que pueden alcanzar ciertos niños ciegos, ponen de manifiesto un ingenio muy notable por su parte, pero dejan intacta la incompreensión de los mecanismos de compensación que ponen en juego.

Los amblíopes. — Aunque el amblíope se adapta mal al mundo de los videntes, no puede igualarse con el ciego. Aunque algunos rasgos de su comportamiento se parecen a los del ciego, ello es debido más a falta de "mirar" que a falta de "ver". C. Lairy y otros han demostrado la frecuencia de los trastornos psicomotores, de las manifestaciones de ansiedad, de los sentimientos de inseguridad y de una mala organización general del trazado E. E. G. También han demostrado que, aunque el niño con un déficit visual está mal integrado en el mundo de los videntes, forman, sin

embargo, un grupo distinto del de los ciegos y plantean problemas infinitamente más complejos de adaptación y de escolaridad.

La ceguera adquirida en el niño. — De una forma general, los niños que pierden la visión tardíamente tendrán más facilidad de aprendizaje que los afectos de ceguera congénita. El rendimiento a las pruebas en las que intervienen datos espaciales son tanto mejores cuanto mayor haya sido la experiencia visual antes de la ceguera. Por otra parte, los niños con una ceguera tardía tienen una clara superioridad respecto a los congénitos en la constitución del espacio táctil debido a que pueden apoyarse en una experiencia visual previa que les ha permitido una organización más sólida y más articulada del espacio táctil. Han podido integrar la exploración táctil posterior a la ceguera en los cuadros espaciales, establecidos visualmente (Y. Hatwell). Aunque de forma mucho más rara que en la ceguera congénita, a veces se observan trastornos afectivos que no dependen de la ceguera, sino de la pérdida del contacto con el medio si éste no es adecuado.

2.º Psicología del niño sordo

La sordera congénita. — En tanto que sordomudo, el niño con sordera congénita presenta trastornos del desarrollo intelectual (P. Oléron, Affolter, H. G. Furth, E. S. Levine, H. Herren, H. R. Myklebust, etc.). A pesar de estar desprovistos del formidable medio de información que constituye el lenguaje, puede desarrollar una inteligencia práctica casi normal si es estimulado correctamente. Sin embargo, todos los autores señalan un ligero retraso cronológico que va disminuyendo con la edad. En el campo de la abstracción y del pensamiento formal el desnivel es siempre más importante y los deja disminuidos. Igualmente se han descrito en estos niños trastornos de la organización perceptivo-visual y psicomotores. Los trastornos de la personalidad y del desarrollo afectivo del sordomudo son frecuentes, ya que el niño afecto de una sordera precoz está sometido a una de las mayores dificultades existentes, cual es el tener que comunicarse en un mundo organizado en función del lenguaje. La sordera rompe los contactos permanentes y espontáneos que el niño mantiene con su medio. Las posibilidades de intercambio son muy pequeñas y se aprecia una falta de la capacidad de integrar la experiencia. Así, la personalidad será menos estructurada, menos sutil y más sensoriomotriz. Algunos autores han descrito trastornos relativamente graves: aislamiento profundo con comportamiento extraño que puede llegar hasta el autismo, trastornos emocionales importantes, trastornos de la personalidad de tipo neurótico caracterizados sobre todo por una sintomatología fóbica y obsesiva, tendencia a las manifestaciones carenciales de tipo psicopático, inmadurez afectiva, trastornos de la psicosexualidad y del comportamiento sexual. El problema es extremadamente complejo; remitirse a nuestras revisiones críticas (J. de Ajuriaguerra, 1972; J. de Ajuriaguerra y J. Abensur, 1972).

La sordera adquirida. — La sordera adquirida ocasiona trastornos distintos cuando ocurre en un período preverbal (entonces las consecuencias serán semejantes a las de la sordera congénita) o, al contrario, entre los 5 y 10 años. Esta sordera ocasiona una gran inseguridad y ansiedad que se traducen por una actitud captadora, una gran necesidad de dependencia respecto al adulto y una necesidad de afecto considerable. A menudo aparece una inestabilidad psicomotora importante que parece intensificarse a la menor contrariedad. Si la sordera sobreviene durante la adolescencia aparece frecuentemente una tendencia al aislamiento en sí mismo que generalmente se

acompaña de ansiedad, de sentimientos de inferioridad y de tristeza. Otras veces se altera el carácter y aparecen cóleras violentas.

Sería interesante estudiar la evolución del niño sordo según los métodos particulares de reeducación del lenguaje.

Los niños afectos de déficit sensoriales congénitos son personas "distintas" en el mundo de las personas que ven y oyen, "distintos" entre los demás, y "distintos" para los demás. En relación con ellos mismos los niños afectos de déficit sensorial poseen una coherencia de organización; normativamente son distintos de los no deficientes. En efecto, si la norma fuera la ceguera o la sordera, su organización y la del mundo serían diferentes. En estas circunstancias los que ven y los que oyen serían monstruosidades no necesariamente positivas, porque el medio estaría organizado de otra forma, y la visión o la audición no aportarían más que el desorden de un mundo altamente mecanizado. En relación a la norma debemos aceptar que existe un déficit morfofuncional primario que ocasiona una organización particular de la personalidad a la cual se añadirá un déficit secundario consecutivo a la inadecuación a las exigencias de un medio heterogéneo, reduciendo así las posibilidades individuales de contacto y produciendo umbrales de emergencia distintos. Los signos exteriores no tienen el mismo sentido para los niños afectos de un déficit sensorial; deben crearse un código personal que no tiene ni el valor ni la movilidad de un individuo normal (normativamente hablando) y debe aceptarlo como válido aunque sea artificial. En efecto, el ciego se nota visto por los demás a través de un lenguaje que no es el suyo y de nociones que no son válidas más que a partir de experiencias visuales. El sordo comprende a los demás en sus movimientos y en su mímica, y debe colocarse constantemente en los movimientos de los demás para comprenderlos. Cuando la desaferentación es tardía, el niño intenta reconstruirse a partir de una organización interna que ya ha sufrido su evolución. La pérdida de la aferencia tiene un valor distinto de la ausencia de aferencia formativa desde el principio.

BIBLIOGRAFÍA

- Affolter, F. — Thinking and language, 116-123. En *International research seminar on the vocational rehabilitation of deaf people*; Lloyd, G. T., dir.; Washington, DC, Social and Rehabilitation Service, US Department of Health, Education and Welfare, 1968.
- Ainsworth, M. D. — Les répercussions de la carence maternelle: faits observés et controverses, dans le contexte de la stratégie des recherches. En *Carence de soins maternels. Réévaluation de ses effets*. Cuaderno n.º 14, O.M.S., Ginebra, 1962.
- Ajuriaguerra, J. de. — Problèmes psychologiques posés par l'enfant sourd. *Pédiatr. Forbildungk. Praxis*, 1972, 34, 56-76.
- Ajuriaguerra, J. de y Abensur, J. — Désordres psychopathologiques chez l'enfant sourd (revue critique). *Psychiat. Infant*, 1972, 15, 217-244.
- Andry, R. G. — Rôles paternel et maternel et délinquance. En *La carence de soins maternels. Cahiers de Santé Publique*, n.º 14, 30-43. O.M.S., Ginebra, 1962.
- Aubry, J. — *La carence de soins maternels*. Centre International de l'Enfance, Paris, 1955.
- Balint, A. — Love for the mother and mother-love. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1949, 30, 251-259 (trad.).
- Bender, L. — Psychopathic behaviour disorders in children. En Lindner, R. M. y Selinger, R. V. ed., *Handbook of correctional psychology*. Philosophical Library, Nueva York, 1947.
- Bertoye, P. — Le comportement psychique des nourrissons placés en pouponnière. *Ann. Pédiatr.*, 1957, 38, 353.
- Bettelheim, B. — Les enfants-loups, 419-469. En *La forteresse vide*. Gallimard, 1967.

- Blank, H. R. — Psychoanalysis and blindness. *Psychoanal. Quart.*, 1957, 26, 1-24.
- Boutonnier, J. y Henri, P. — La peur et l'angoisse chez les enfants et les adolescents aveugles. *J. Psychol. norm. path.*, 1946, 3, 341-349.
- Bowlby, J. — *Soins maternels et santé mentale*. O.M.S., Ginebra, 1951.
- Bowlby, J. — *Attachment and loss*. Vol. I. Attachment. Hogarth Press, Londres, 1969.
- Buell, C. H. — *Motor performance of visually handicapped children*. Univ. of California, ed., 1950.
- Burlingham, D. — Some notes on the development of the blind. *Psychoanal. stud. child*, 1961, 16, 121-146.
- Clarke, A. D. B. y Clarke, A. M. — Some recent advances in the study of early deprivation. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1960, 1, 26-36.
- Cowen, E. L., Underberg, R. P., Verrillo, R. T. y Benham, F. G. — Adjustment to visual disability in adolescence. *Res. Bull. Amer. Found. Blind.*, Nueva York, 1961.
- Chambers, J. — Maternal deprivation and the concept of time in children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1961, 31, 406.
- David, M., Appel, G. — Facteurs de carence affective dans une pouponnière. *Psychiat. Enf.*, 1962, 4, 407-441.
- Davis, K. — Extreme social isolation of a child. *Amer. J. Sociol.*, 1940, 45, 554-565.
- Davis, K. — Final note on a case of extreme isolation. *Amer. J. Sociol.*, 1947, 52, 432-437.
- Edelston, H. — Separation anxiety in young children: study of hospital cases. *Genet. Psychol. Monogr.*, 1943, 28, 3.
- Erikson, E. — *Enfance et société*. Delachaux et Niestlé, 1959.
- Freedman, S. J. — Experimental deafferentation in man. En *Désafférentation expérimentale et clinique*. *Symposium Bel-Air*, II, sept. 1964, Ginebra, págs. 79-88. Georg et C^{ie}, Ginebra, Masson et C^{ie}, edit., París, 1965.
- Furth, H. G. — *Thinking without language: psychological implications of deafness*. The Free Press, Nueva York, 1966.
- Gesell, A. — *Wolf child and human child*. Harper, Nueva York, 1941.
- Glueck, S. y Glueck, E. T. — *Unraveling juvenile delinquency*. Harvard Univ. Press, Boston, Mass., 1950.
- Goldfarb, W. — Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1945, 15, 247.
- Grasset, C. — L'organisation spatiale et temporelle des enfants amblyopes et son influence sur le langage. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 1-2, 33-39.
- Harlow, H. F. — Primary affectional patterns in monkeys. *Amer. Journ. Orthopsychiat.*, 1962, 30, 676-684.
- Harlow, H. F. — Love created. Love destroyed. Love regained, 13-60. En *Modèles animaux du comportement humain; Colloque International du C. N. R. S.*, 1970, organizado por R. Chauvin dir., C. N. R. S., París, 1972.
- Harlow, H. F. y Harlow, M. K. — The effects of early social deprivation on primates. En *Désafférentation expérimentale et clinique*. *Symposium Bel-Air*, II, Ginebra, sept. 1964, págs. 67-77. Georg et C^{ie}, Ginebra, Masson et C^{ie} edit., París, 1965.
- Hatwell, Y. — *Privation sensorielle et intelligence. Effets de cécité précoce sur la genèse des structures logiques de l'intelligence*. P.U.F., París, 1966.
- Hebb, D. O. — *The organization of behavior*. Wiley, Nueva York, 1949.
- Herren, H., y cols. — L'éducation des enfants handicapés sensoriels. T. I. *Les enfants sourds*. Éditions sociales françaises, París, 1971.
- Heuyer, G. — L'hospitalisme. *Bull. Psychol.*, 1952, 6, 87.
- Itard, J. — *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron*. Reeditado por L. Malson, 1894.
- Lairy, G. C., y Harrison-Covello, A. — Attitudes familiales et déficit visuel congénital. *Interprétation*, 1971, 5, 2-3, 157-186.
- Lairy, G. C., Netchine, S. y Neyraut, M. T. — L'enfant déficient visuel. *Psychiat. Enf.*, 1963, 5/2, 357-440.
- Launay, C., Verliac, F., Trelat, E. y Lyard, D. — Carence de soins maternels dans la petite enfance. *Sem. Hôp. Paris*, 1956, 30, 537.
- Levovici, S. — Aperçu des recherches sur la notion de carence maternelle. En *La carence de soins maternels. Cahiers de Santé Publique*, n.º 14, págs. 74-94. O.M.S., Ginebra, 1962.
- Levine, E. S. — *The psychology of deafness. Techniques of appraisal for rehabilitation*. Columbia University Press, edit., Nueva York, 1960.
- Levine, S. — Citado por Rof Carballo.

- Levy, D. — Primary affect hunger. *Amer. J. Psychiat.*, 1937, 94, 643.
- Lewis, H. — Deprived children (the Mershal experiment). A social and clinical study. Oxford Univ. Press, Londres, 1954.
- Liddell, H. S. — Citado por Rof Carballo.
- Malson, L. — *Les enfants sauvages, mythe et réalité*. Unión Générale des Éditions, París, 1964.
- Mead, M. — La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle. En *La carence de soins maternels. Cahiers de Santé Publique*, n.º 14, págs. 44-62. O.M.S., Ginebra, 1962.
- Myklebust, H. R. — *The psychology of deafness*. Grune and Stratton, edit., Nueva York-Londres, 1960.
- O'Connor, N. — Social desafferentation. En *Désafférentation expérimentale et clinique. Symposium Bel-Air*, II, sept. 1964, Ginebra, págs. 159-176. Georg et C^{ie}, Ginebra, Masson et C^{ie}, edit., París, 1965.
- Oléron, P. — *Recherches sur le développement mental des sourds-muets*. Centre Nat. de la Rech. Scient., Edit., París, 1957.
- Oléron, P. — *L'éducation des enfants physiquement handicapés*. París, P.U.F., 163 págs., 1961.
- Parmelee, A. H., Cutsforth, M. J. y Jackson, C. L. — Mental development of children with blindness due to retrolental fibroplasia. *J. Dis. Child*, 1959, 98, 198-220.
- Pinneau, S. R. — The infantile disorders of hospitalism and anacletic depression. *Psychol. Bull.*, 1955, 52, 429.
- Prugh, D. G. y Harlow, R. G. — La carence larvée chez le nourrisson et le jeune enfant. En *La carence de soins maternels. Cahiers de Santé Publique*, n.º 14, págs. 9-29. O.M.S. Ginebra, 1962.
- Racamier, P. C. — Étude clinique des frustrations précoces. *Rev. franç. Psychanal.*, 1953, 17/3, 328-350.
- Racamier, P. C. — La pathologie frustrationnelle. *Rev. franç. Psychanal.*, 1954, 18/4, 576-632.
- Rapaport, D. — La théorie de l'autonomie du Moi: une généralisation. *Rev. franç. Psychanal.*, 1964, 28, 344-370.
- Rheingold, H. L. — The modification of social responsiveness in institutional babies. *Monogr. Soc. Res. Child Developm.*, 1956, Inc. 21, n.º 63.
- Ribble, M. — *The rights of infants*. Columbia University Press, Nueva York, 1943.
- Robertson, Joyce. — Mothering as an influence on early development: A study of well-baby clinic records. *Psychoanal. Study Child*, 1962, 17, 245-264.
- Rof Carballo, J. — *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Editorial Labor, Barcelona, 1961.
- Rosenzweig, M. R. — Effects of environment on development of brain and behaviour, 303-342. En *The biopsychology of development*; Tobach, E., Aronson, L. R., y Shaw, E., dirs.; Academic Press, Nueva York, 1971.
- Roudinesco, J. y Appel, G. — Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psychomoteur de jeunes enfants. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, 26, 2271.
- Sackett, G. P. — Isolation rearing in monkeys: diffuse and specific effects on later behaviour, 61-110. En *Modèles animaux du comportement humain; Colloque International du C.N.R.S.*, 1970, organizado por R. Chauvin, dir., C.N.R.S., París, 1972.
- Skeels, H. M. y Dye, H. B. — A study of differential stimulation on mentally retarded children. *Proc. and Addr. Amer. Ass. Ment. Defec.*, 1939, 44, 114.
- Skeels, H. M., Updegraff, R., Wellman, B. y Williams, H. M. — A study of environmental stimulation: an orphanage preschool project. *Iowa Stud. Child Welf.*, 1938, 15/4.
- Spiro, M. — *Children of the kibbutz*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1958.
- Spitz, R. A. y Wolf, K. — Anacletic depression. *Psychoanal. study child*, 1946, 2, 313-342.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*. P.U.F., París, 1968.
- Stott, D. H. — The effects of separation from the mother in early life. *Lancet*, 1956, I, 624.
- Wootton, B. — *Social science and social pathology*. Allen & Unwin, Londres, 1959.
- * *
- O.M.S., Ginebra. La carence de soins maternels, réévaluation de ses effets, 168 páginas. *Cahiers de la Santé Publique*, n.º 14, 1962.
- Symposium Bel-Air II*, 1964, Désafférentation expérimentale et clinique, 342 págs. Georg et C^{ie}, S. A., Ginebra, Masson et C^{ie}, edit., París, 1965.
- Troubles de la sphère visuelle. Lissonde, B., Porrot, M.; Postel, J., Caillon, N., Neu, C.; Grasset, C.; Caillon, N., Neu, C.; Duché, D.-J., Duché, N., Rausch de Traubenberg, N., Bouras, A., y Legros, C., *Rev. Neuropsychiat. infant.*, N.º especial, 1971, 19, 1-2, 1-74.

CAPÍTULO XVI

TRASTORNOS PSÍQUICOS POR AFECCIONES CEREBRALES CONOCIDAS

En este capítulo se estudiarán todas las afecciones cerebrales que pueden ocasionar trastornos psicológicos: lesiones que pueden ser hereditarias o adquiridas; por aberración cromosómica, metabólicas, infecciosas, tóxicas. La primera parte de este capítulo corresponde a una parte de la etiología de la deficiencia mental, sabiendo que cierto número de síndromes pueden aparecer precoz o tardíamente respondiendo siempre a modificaciones metabólicas más o menos equivalentes.¹

I. — AFECCIONES CEREBRALES CONGÉNITAS Y POSNATALES PRECOCES

Constituyen uno de los factores etiológicos de las *oligofrenias* de grado diverso.

A. — MALFORMACIONES ENCÉFALICAS, CRANEALES Y CRANEOFACIALES

1.º *Disgenesias mayores, las anencefalias*. — Un gran número de anencéfalos carecen de toda la zona del encéfalo que proviene de las dos primeras vesículas encefálicas primitivas, es decir que el encéfalo se reduce a la protuberancia y al bulbo. Sin embargo, se han observado algunos casos con un tronco cerebral bien desarrollado, incluyendo el mesencéfalo.

La vida de los anencéfalos es de corta duración.

En casi todos los casos puede aparecer el reflejo primitivo de incurvación dorsolumbar. En algunos se observa un reflejo de reincorporación, pudiendo existir igualmente el reflejo de succión y un esbozo del reflejo de los puntos cardinales. Los anencéfalos mesencefálicos presentan reacciones primarias un poco más ricas (André-Thomas y J. de Ajuriaguerra).

1. Para un estudio profundo de estos problemas, véase:

R. Debré, M. Lelong: *Pediatria*

R. J. Vinken, G. W. Bruyn (Dir.): *Handbook of Clinical neurology*.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Pédiatrie. Neurologie.

2.º *Disgenesias de las comisuras interhemisféricas.* — La *agenesia del cuerpo calloso* se caracteriza por trastornos psicomotores, o puramente motores (hemiplejía o diplejía) y un retraso intelectual importante, con o sin crisis epilépticas. De hecho, la expresión clínica es variable (posible latencia completa) y depende esencialmente de las malformaciones concomitantes. En el síndrome de Shapiro de hipotermia espontánea recidivante, o en el caso presentado por J. Guihard y cols., (1971), que comporta además un enanismo, un síndrome de poliuria-polidipsia, pubertad precoz y epilepsia, esta expresión clínica puede considerarse la demostración de una alteración diencefálica. La neumoencefalografía permite hacer un diagnóstico válido. Se han descrito agenesias parciales del cuerpo calloso, en particular agenesias del esplenio.

La *agenesia de los lóbulos olfatorios* ha sido descrita en el cuadro de la disrafia craneoencefálica. Suele asociarse frecuentemente, según ha indicado G. de Morsier, a una hendidura de la lámina cribosa. Este autor llama displasia olfatorigenital a la asociación de la agenesia de los lóbulos olfatorios con malformaciones genitales.

3.º *Malformaciones tardías.* — Entre las disgenesias que acarrear trastornos importantes del desarrollo del córtex, se han descrito las *agurias*, las *paguigurias* y las *microgurias*.

La *aguria* se caracteriza por la ausencia total, o casi total, de las cisuras y de las circunvoluciones. La *paguiguria* se caracteriza por unas circunvoluciones anchas y espesas, los surcos son escasos y poco profundos. La *microguria* llamada también *polimicroguria*, se caracteriza por una reducción del volumen de las circunvoluciones, mientras que su número está muy aumentado. Otras deformaciones son las *porencefalias*: comunicaciones entre la cavidad ventricular y el espacio meníngeo, a las cuales debemos oponer, según P. I. Yacovleff, las *esquizoencefalias*, determinadas por la detención del desarrollo del córtex de las cisuras primitivas, y las *porencefalias encefaloclasticas tardías*.

4.º *Microcefalias.* — Sabemos que existe microcefalia cuando el índice craneocefálico (relación del diámetro transversal y del diámetro anteroposterior multiplicada por 100) es inferior a 77. La deformidad craneal es paralela a la disminución del peso del cerebro, inferior a 1.000 g. Esta disminución craneoencefálica puede ser de origen familiar y hereditario, estar ligada a aberraciones cromosómicas (W. L. Daniel), o ser la consecuencia de embriopatías infecciosas o actínicas. Las microcefalias implican, déficit mental con retraso del desarrollo del lenguaje asociado a trastornos de la marcha, espasticidad y frecuentemente, crisis epilépticas.

5.º *Macrocefalias o megalencefalias.* — Designan el aumento de peso del cerebro y pueden evaluarse por la circunferencia de la cabeza, una vez descartada la hidrocefalia. En las megalencefalias "simples" o "primarias" el cerebro es normal; se han comprobado C. I. elevados, normales, o bajos, con o sin epilepsia. En las "secundarias", el cerebro presenta otras anomalías diversas, frecuentemente asociadas con epilepsia y/o deficiencia mental (V. P. Dennis y cols.).

Hay que diferenciar el *gigantismo cerebral* (J. F. Sotos y cols.), que comprende: desarrollo precoz de la talla y el peso, macrocráneo a veces con hipertelorismo, y a menudo debilidad mental (C. H. de Menibus y cols., 1970).

6.º *Hidrocefalias.* — Consisten en la acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo ya sea en los ventrículos (hidrocefalia interna), sea en los espacios subaracnoideos (hidrocefalia externa). Pueden originarse por dos mecanismos: por hipersecreción intraventricular con aumento primitivo de la masa de líquido; o por retracción extrínseca debida a una atrofia del *pallium*. En el primer caso, el proceso determinante es hidrodinámico, activo; en el segundo, el relleno ventricular es pasivo "a vacuo". Desde un punto de vista práctico debemos describir dos tipos de hidrocefalia: la obstructiva y la comunicante.

La hidrocefalia pasiva no merece el nombre de hidrocefalia en sentido estricto (H. Carrier, J. Lepintre).

Las hidrocefalias obstructivas tienen como causa determinante un obstáculo debido a una malformación, situado en la parte caudal del circuito ventricular, entre el tercer y cuarto ventrículos.

Las estenosis congénitas del acueducto de Silvio constituyen un grupo importante; a veces se heredan ligadas al sexo. La imperforación de los orificios de Magendie y de Luschka puede ser una causa de hidrocefalia holovenricular. Una causa relativamente frecuente de hidrocefalia son las malformaciones que afectan la zona caudal del rombencéfalo (síndrome de Arnold-Chiari).

Las hidrocefalias comunicantes dependen, bien de una hipersecreción de líquido cefalorraquídeo es decir, de un aumento del tejido productor de líquido, por múltiples causas ya sean papilomas o malformaciones, o bien de mecanismos de hipoabsorción por bloqueo de las áreas de resorción leptomeníngeas, que no suele ser debido a malformaciones, sino a una enfermedad fetal, a meningoencefalitis, o a meningitis exudativa.

H. Carrier, tras el estudio de 57 observaciones anatomoclínicas de hidrocefalia no tumoral, subraya que más del 90% de las hidrocefalias son debidas a bloqueos de la salida del líquido cefalorraquídeo. En la mitad de los casos son de naturaleza malformativa, en la otra mitad son en general postinflamatorias o posthemorrágicas.

Las hidrocefalias se caracterizan por un aumento del diámetro cefálico y por una desproporción entre el aumento de este diámetro y el de la cara. La cara tiene la forma de una pirámide que reposa sobre su vértice, siendo la base el cráneo dilatado; los globos oculares se hallan dirigidos hacia abajo, apreciándose además la congestión de las venas pericraneales. A menudo la hidrocefalia es bien tolerada durante mucho tiempo antes de que aparezcan trastornos orgánicos, rechazo de los alimentos, alteraciones del sueño y la vigilia y crisis letárgicas. La hidrocefalia produce vómitos o los signos, clásicos de hipertensión craneal, solamente cuando aparece como un proceso agudo.

En la hidrocefalia precoz, el desarrollo intelectual es nulo, el niño vive una vida puramente vegetativa y rápidamente deja de reaccionar a los estímulos exteriores. Se aprecia una atrofia óptica, estrabismo por compresión del tercer y sexto pares, trastornos de la vía piramidal, cerebelosa y vestibular.

Los métodos más empleados actualmente en el tratamiento de la hidrocefalia son procedimientos de derivación, bien sea intracraneal (ventrículo-cisternotomías), o bien extracraneal (ventrículo auricular y ventrículo-peritoneal).

7.º *Malformaciones craneoencefálicas.* — Distinguiremos dos tipos de malformaciones craneoencefálicas: las malformaciones de cráneo abierto y las malformaciones de cráneo cerrado; y de éstas últimas, en particular, las craneofaciales y las que afectan la cara.

Malformaciones con cráneo abierto. — Suele tratarse de encefalocelos, meningoceles, o de una asociación encefalomeningocele.

Malformaciones con cráneo cerrado. — Comprenden numerosos síndromes dismórficos, de los que algunos están ligados a una aberración cromosómica (véase la pág. 487); en otros se ha podido evidenciar el papel de factores hereditarios; y el resto responde a diversas etiologías o a causas desconocidas. A estas disostosis se asocian frecuentemente anomalías encefálicas, oculares y de las extremidades; (P. Tridon y M. Thiriet). Las craneostenosis o craneosinostosis son deformaciones craneales debidas al cierre precoz de suturas, que entraña una detención del crecimiento del cráneo en dirección perpendicular a la sutura sinostotada y una expansión hacia la región correspondiente a las suturas no cerradas: escafocefalia o dolicocefalia por craneosinostosis sagital, braquicefalia por craneosinostosis coronal, trigonocefalia por craneosinostosis metópica; estas dos últimas se acompañan a menudo de malformaciones asociadas a retraso mental; la craneosinostosis de las suturas sagital y coronal implica un crecimiento en altura y un resalte más o menos importante del bregma (acrocefalia, oxicefalia, turricefalia). En este último caso sobre todo, el crecimiento del cerebro resulta dificultado, se observa hipertensión intracraneal, complicaciones oculares y deficiencia mental. Se han empleado diversos tratamientos quirúrgicos para evitar la compresión craneal, como son la creación de suturas artificiales, incisión de la bóveda, etc.

En la mayoría de casos las craneostenosis se integran dentro de las malformaciones craneofaciales. P. Kissel y cols., proponen una clasificación tras haber valorado la presencia eventual de una hipoplasia esenoetmoidal o eseno-etmoido-maxilar. Se han descrito en efecto numerosas entidades, pero como indican estos autores sus límites nosológicos no quedan claros, existiendo diversas formas intermedias. Señalaremos las siguientes:

— *Acrocefalia-sindactilia de Apert*. — En la que el cráneo presenta un aspecto de torre redondeada en el vértice de la región bregmática (a modo de cimera de casco) con braquicefalia y aumento del diámetro transversal; en la cara llaman la atención, sobre todo el hipertelorismo, la inclinación antimongoloide de las aberturas palpebrales, a veces exoftalmos, el paladar alto y profundo con surco medio anteroposterior. En las extremidades, los dedos de las manos y los pies están más o menos soldados, a veces con sindactilia ósea, más a menudo con aplasia o deformidades de las falanges distales, otras veces con polidactilia, siendo a menudo muy importante la deficiencia mental.

— *Disostosis craneofacial de Crouzon*. — Aquí las malformaciones craneales recuerdan la acrocefalia; la existencia de una hipoplasia del maxilar superior da a la cara un aspecto característico que completan el exoftalmos y el hipertelorismo. El riesgo de hipertensión intracraneal y de ceguera es grande, y a veces también, de sordera y anosmia. Las malformaciones de las extremidades no han sido descritas por Crouzon, pero existen (a veces sindactilia y más a menudo distrofias acras menores). La transmisión posee carácter dominante.

Algunos autores reúnen la acrocefalia-sindactilia y la disostosis craneofacial bajo el término de enfermedad de Apert-Crouzon por la existencia de formas de tránsito y de casos familiares en los que coexisten estos dos síndromes.

— *Hipertelorismo de Greig*. — Comprende una separación excesiva de los globos oculares, braquicefalia con discreta hipoplasia del macizo facial superior, y muy a menudo diversas malformaciones de los dedos de las manos y los pies, escaso desarrollo de la talla y el peso, y una deficiencia mental de importancia variable.

— *El síndrome de Rubinstein-Taybi*. — Comprende anomalías de los pulgares y de los dedos gordos de los pies (falangetas más cortas, anchas y aplanadas en forma de espátula); anomalías craneofaciales (hipertelorismo, oblicuidad antimongoloide de las hendiduras palpebrales con epicanthos, ptosis, a veces microftalmos, cataratas y miopía; nariz de base ancha y aplastada de extremidad arqueada, un perfil semejante al de un pájaro; las orejas implantadas muy abajo y con repliegues; micro y retrognatismo; paladar ojival; microcefalia); son también constantes una talla corta y deficiencia mental.

Entre las malformaciones que afectan especialmente el esqueleto facial y mandibular, podemos citar:

— *La disostosis mandibulofacial de Franceschetti*, que comporta una hipoplasia del maxilar inferior, del hueso malar y a veces del maxilar superior; desaparición del ángulo nasofrontal, oblicuidad antimongoloide de las hendiduras palpebrales y malformaciones de las orejas (del pabellón, conducto, y oído medio), de aquí el perfil de pez, característico de estos enfermos.

— *El síndrome de Hallermann-Streiff-François* que comprende: dismorfia facial (microcefalia, nariz delgada y arqueada, orejas mal situadas de baja implantación, retrognatismo, bóveda palatina ojival con anomalías dentarias) alteraciones oculares como cataratas y microftalmía, atrofia cutánea, hipotricosis y retraso en el desarrollo de la talla y del peso.

— *El enanismo de cabeza de pájaro de Virchow-Seckel* que comprende: dismorfia facial (nariz afilada, microcefalia, micrognatismo), anomalías oculares (microftalmía), retraso en el desarrollo de la talla y el peso y malformaciones viscerales asociadas.

— *El tipo amstelodamensis de Cornelia de Lange*, que presenta una facies característica: aplastamiento de la raíz de la nariz con la punta levantada y las ventanas orientadas hacia delante; protusión del maxilar superior con microretrognatismo y hendidura bucal muy amplia; hay hipertriosis, las cejas son abundantes y se juntan en la línea media. El retraso de la estatura es pronunciado. Los miembros son cortos y presentan acromicria; las extremidades superiores presentan una membrana en el codo, a veces una ectrodactilia y rara vez ectromelia; en las extremidades inferiores se aprecia frecuentemente una membrana entre el segundo y tercer dedo.

Las malformaciones oculares y distales predominantes en ciertos síndromes pueden estar relacionadas con malformaciones craneoencefálicas; además de otros síndromes que presentan anoftalmía, o microftalmía, podemos citar:

— *El síndrome de Biemond*, que asocia un coloboma iridiano, anomalías de los dedos de las manos y de los pies, enanismo con infantilismo genital, y retraso mental más o menos notable.

— *El síndrome de Bardet-Biedl*, que comprende una retinopatía pigmentaria, anomalías de las extremidades (frecuentemente hexadactilia), obesidad precoz importante, hipogenitalismo, distrofias cefálicas frecuentes y deficiencia mental. La transmisión es autosómica recesiva. La encuesta clínica y genética de F. Ammann (1968) permite considerar como una variante el *síndrome de Alström-Hallgren*, que comprende retinopatía pigmentaria, obesidad, sordera laberíntica y diabetes mellitus.

B. — DISPLASIAS NEUROECTODÉRMICAS CONGÉNITAS (LAS FACOMATOSIS)

Con la denominación de displasias neuroectodérmicas se describen algunas afecciones disembrionales que antiguamente se agrupaban bajo el nombre de facomatosis.

En este grupo se incluyen: la neurofibromatosis cutánea de Recklinghausen, la esclerosis tuberosa de Bourneville y las angiomas encefalotrigeminales y retino-cerebelosas.

1.º Neurofibromatosis de Recklinghausen

Se trata de una enfermedad congénita y familiar probablemente de transmisión dominante, pero cuyos síntomas principales no se manifiestan necesariamente desde el nacimiento, se caracteriza por síndromes cutáneos nerviosos, óseos, tumorales viscerales y endocrinos.

El síndrome cutáneo consta de manchas pigmentarias amarillentas ("manchas café con leche"), que pueden ser congénitas o aparecer durante la infancia. Se encuentran distribuidas por todo el cuerpo, o bien presentan un predominio axilar o abdominal; los tumores cutáneos que pueden ser neurinomas, fibromas o formas mixtas llamadas neurofibromas, estos tumores se localizan preferentemente en las extremidades, tronco y abdomen.

El síndrome nervioso de aparición más tardía consta de neurinomas plexiformes situados a lo largo del trayecto de los nervios raquídeos o craneales y/o neurofibromatosis central que se manifiesta por síntomas de compresión.

Entre los síndromes óseos el más frecuente es la cifoescoliosis.

Síndromes tumorales viscerales y endocrinos.

La alteración ocular ha sido descrita por L. van der Hoeve, y se caracteriza por degeneración y proliferación glial de la papila con afectación angiomas de la retina, tumor o atrofia del nervio óptico.

El déficit mental no es constante, pero con frecuencia el nivel intelectual corresponde a la debilidad mental. Según los distintos autores se encuentra en un 10 a un 30% de los casos. Según G. Heuyer y L. Vidart, los trastornos del comportamiento deberían incluirse en el cuadro sindrómico.

2.º Esclerosis tuberosa de Bourneville

La esclerosis tuberosa de Bourneville es una afección dominante autosómica, a veces esporádica.

En esta afección destaca la oligofrenia, que se encuentra en un 70% de los casos (A. Borberg), y es generalmente profunda. La alteración psíquica se manifiesta desde el nacimiento, a veces más tarde, hacia los 2 años, y parece que se acentúa con la edad. También son frecuentes las crisis convulsivas, que se encuentran en un 80% de los casos, y signos neurológicos polimorfos.

Los signos cutáneos son típicos, aunque no son constantes. Los más característicos son los adenomas sebáceos de Pringle, distribuidos simétricamente por la cara, alrededor de la nariz, en el pliegue nasogeniano, en las mejillas, en el mentón, los párpados y la frente. Consisten en pequeños nódulos del tamaño de una cabeza de alfiler, duros, de coloración amarillenta, rodeados a veces por telangiectasias que pueden sangrar con facilidad. Alrededor de las uñas de pies y manos se encuentran unas masas redondeadas del tamaño de granos de trigo, que se denominan tumores periungueales de Kothe Koenen. Se ha descrito también la existencia de moluscum, nevos pigmentarios, pequeños fibromas cutáneos y vitíligo. Existe también hiperplasia gingival e infiltraciones nodulares o papilomatosas en la lengua.

A veces se asocian signos oculares en forma de pequeños tumores color nácar junto a la papila, pequeñas intumescencias constituidas por formaciones gliales y en pocos casos retinitis pigmentaria.

Las radiografías craneanas pueden poner en evidencia la existencia de calcificaciones formadas por nódulos corticales, de la pared ósea, o profundos, situados alrededor de los ventrículos cerebrales, que revelan la presencia de neoformaciones de las paredes ventriculares.

Esta sintomatología se completa a menudo con malformaciones congénitas y tumores viscerales, cardíacos, renales, pulmonares, etc.

Desde el punto de vista anatómico, la corteza cerebral puede estar sembrada de placas o nódulos blancoamarillentos, duros y lisos, pero el examen histológico muestra sobre todo modificaciones citoarquitectónicas importantes, con heterotopias y reacciones astrocitarias hipertróficas.

3.º Neuroangiomas

— **Angiomas encefalotrigeminales** (o síndrome de Sturge-Weber). — Se caracteriza por la presencia de angiomas cutáneos, signos oculares y centrales y signos radiológicos.

La angiomas cutánea es la lesión más característica; generalmente se sitúa en el territorio del trigémino o de sus ramas. A veces se limita a un territorio determinado o se sitúa en una hemicara, pero se extiende a menudo hacia el lado contrario; la mucosa labial y la del velo del paladar también pueden estar afectadas. Frecuentemente la angiomas sobrepasa el territorio del trigémino, extendiéndose al cuello, a los miembros o incluso a la vulva o al periné.

Los trastornos psíquicos son casi constantes, extendiéndose desde la debilidad mental simple hasta la idiocia. Se han descrito también trastornos del carácter y del comportamiento.

Los signos neurológicos parecen depender directamente del angioma meníngeo.

Las crisis comiciales son muy frecuentes y se inician pronto, en la primera o la segunda infancia. Aparte de la sintomatología comicial puede existir una hemiplejía, una hemiparesia o una monoplejía. Los síntomas oculares se caracterizan por la presencia de un glaucoma congénito o adquirido, situado generalmente en el lado del nevus facial, y parece depender de un angioma de la coroides.

La radiografía del cráneo pone de manifiesto la existencia de calcificaciones corticales en forma de hileras flexuosas, entrelazadas, vermiculares, de aspecto festoneado y enrejado.

— **Angiomas retinocerebelosos.** — La angiomas retinocerebelosa, o síndrome de Hippel-Lindau, se caracteriza por la presencia de una angiomas retiniana, generalmente unilateral, una angiomas del cerebelo que produce sintomatología cerebelosa y a veces signos de hipertensión intracraneal. La asociación con oligofrenia es menos frecuente que en el caso anterior.

— **Angiomas neuroretinianos.** — Descrita por P. Bonnet, J. Dechaume y Blanc, esta formada por un aneurisma arteriovenoso del mesencéfalo, una exoftalmia, una anomalía vascular de la piel homolateral, una oligofrenia profunda.

Junto a estas facomas existen otras displasias neurodérmicas que pueden acompañarse de retraso mental: la idiocia xerodérmica, las queratosis palmoplantares heredofamiliares y las ictiosis generalizadas congénitas.

C. — ABERRACIONES CROMOSÓMICAS

Los problemas planteados por las aberraciones cromosómicas son extremadamente complejos (véase revisión de J. de Grouchy, 1968) y están en constante renovación.

En diferentes ocasiones y a nivel internacional (Convenciones de Denver, Londres y Chicago, en 1960, 1963, 1966, respectivamente) se estableció una nomenclatura en función de la talla de los cromosomas y de la situación de su centrómero, a saber 22 pares de autosomas numerados del 1 al 22 y repartidos en 7 grupos (de la A a la G) más dos cromosomas sexuales (femenino=XX, masculino=XY) clasificados aparte, el X al lado del grupo C y el Y al lado del grupo G.

Las aberraciones cromosómicas se deben a accidentes ocurridos en el curso de la *meiosis* o en el curso de la primera o de las primeras divisiones del cigoto.

Los accidentes en la *meiosis* pueden afectar al número de cromosomas o a su estructura.

Las aberraciones numéricas son debidas a una no-disyunción de los cromosomas. Por ejemplo si en un par de cromosomas no se efectúa la disyunción y los dos pasan juntos a una misma célula hija, tras la fecundación se producirán cigotos trisómicos o monosómicos.

Las aberraciones que afectan la estructura se deben a roturas de los cromosomas. Son éstas:

a) en un mismo cromosoma:

— la *delección simple* o pérdida de un segmento cromosómico.

— la *delección doble* que da como resultado bien cromosomas en anillo con los dos brazos amputados unidos uno al otro a nivel de la sección, o bien una *inversión pericéntrica* en la que los segmentos rotos se vuelven a soldar después de la inversión del fragmento mediano;

b) en varios cromosomas:

— *translocación*, resultante de las nuevas estructuras creadas por la rotura de cromosomas diferentes y de su resoldadura tras el intercambio de los segmentos rotos. En este caso se pueden

encontrar múltiples combinaciones, a veces muy complicadas y particulares cómo es la fusión centromérica. Si, por ejemplo, la translocación afecta a dos cromosomas el sujeto puede ser, si la translocación es equilibrada, fenotípicamente normal aunque portador de dos nuevas estructuras. Si no es equilibrada y sólo es portador de una sola de estas dos estructuras, resulta entonces aneúsómico por exceso o por defecto. Hablaremos eventualmente con más detalle de las combinaciones relativas a las afecciones de las que más adelante nos ocuparemos y de los riesgos genéticos que ellas entrañan.

— *accidentes zigóticos*, que originan mosaicos. Los sujetos son en este caso portadores de dos, más raramente de varias líneas celulares de cariotipos diferentes.

Bajo el nombre de “monozigotismo etereocariótico” (R. Turpin, J. Lejeune) se han descrito casos de gemelos monozigóticos de los que uno es normal y el otro presenta una aberración cromosómica, en particular mongolismo o bien síndrome de Turner, (J. J. Bourdy).

Estos descubrimientos partiendo de la modificación del capital cromosómico, han determinado una nueva nosología de las deficiencias mentales permitiendo la confrontación de datos clínicos de malformaciones o dismorfias con anomalías cromosómicas. Las anomalías pueden estar sobre los autosomas o sobre los gonosomas. En general, se comprueba que la pérdida de material genético produce mayores efectos que la duplicación, y que las aberraciones autosómicas producen mayores anomalías que las que afectan a los cromosomas sexuales. El mecanismo por el que las aberraciones cromosómicas producen deficiencia mental y malformaciones congénitas permanece oscuro todavía. J. J. R. Bavin especula que en la mayor parte de los casos se debe presumir la existencia de genes normales así como también la presencia de un número suplementario de algunos de ellos. Este hecho podría entrañar una dosificación excesiva de enzimas y como consecuencia la perturbación del normal equilibrio de los procesos metabólicos, particularmente nocivo durante el desarrollo embrionario.

Entre los factores que predisponen a estas aberraciones, la *edad de la madre* es el único que está claramente en relación con una incidencia aumentada en gran número de ellos. Se han sostenido hipótesis virales pero han sido muy discutidas.

En 1966, en Chicago, se estudió la nomenclatura de las aberraciones cromosómicas y proponen este sistema para definir el cariotipo humano: inscribir el número total de cromosomas (centrómeros) una coma, los cromosomas sexuales, una coma, las anomalías autosómicas; colocar el signo + tras el cromosoma supernumerario y el signo - tras una pérdida; señalar los mosaicos citando las diferentes poblaciones por una barra oblicua (p. ej.: 47, XY, 21 + es una trisomía 21 en un muchacho; 46, XY/47, XY, 21 + es un mosaico normal/trisomía 21).

Para las aberraciones de estructura se denominará “p” al brazo corto del cromosoma, “q” al brazo largo seguido del signo + en caso de aumento de longitud, del signo - en caso de delección (p. ej.: 46, XY, 5 p - es una delección del brazo corto del 5); las inversiones se anotarán “inv” (p. ej.: 46, XY inv (1 p + q -) es una inversión pericéntrica del 1); los cromosomas en anillo con la letra “r” (p. ej.: 46, XY, 18 r, el cromosoma 18 está en anillo); una translocación con la letra “t” y tras ella entre paréntesis el cromosoma dador, un punto y coma y el cromosoma receptor, así: 46, XY, t (Cq -; Uq +) es una translocación entre un C y un D; una fusión centromérica entre dos acrocéntricos se escribe: 46, XY, t (21q Dq).

Esta nomenclatura comprende otros símbolos. Hemos dado aquí los más usuales.

I. — ABERRACIONES AUTOSÓMICAS

La aberración más frecuente de las autosomías es la presencia de un cromosoma 21 supernumerario. La trisomía 21 es la causa del síndrome llamado comúnmente mongolismo. El retraso mental posee entidad suficiente como para separarlo de los componentes mórbidos (dismorfia facial, malformaciones viscerales y dermatoglíficas combinándose en entidades autónomas).

L. Moor (1970) ha agrupado las observaciones publicadas de aberraciones autosómicas con evaluación del nivel mental. Se acompañan siempre de un retraso mental. En caso de mosaicos, el retraso es menos profundo que en caso de cariotipo

uniforme. En las aberraciones autosómicas por exceso, el retraso parece tanto más profundo cuanto más material genético hay en exceso: más profundo cuando un cromosoma completo se encuentra en exceso que cuando se trata de un fragmento; en las trisomías regulares, es particularmente notable cuando se trata de cromosomas de los grupos D y E. En las delecciones del brazo corto del cromosoma 5, como en la trisomía 21, los C. I. se ordenan en curva de Gauss y el retraso tiende a acentuarse con la edad.

1.º Aberraciones numéricas

Trisomía 21 (mongolismo)

El cuadro de la trisomía 21 fue descrito por primera vez por Seguin en 1846 bajo el nombre de “idiocia furfurácea”.

a) *Frecuencia*. — Es relativamente elevada. J. Lejeune (1965) da un caso por cada 650 o 700 nacidos vivos, para todas las razas y todas las clases sociales. En cuanto a la tasa de mongólicos encontrada entre los retrasos, J. A. Bröök (Suecia), daba el 10% en 1953; J. Constantinidis, en un estudio sobre 520 casos de retraso mental examinados en el Servicio Médico-pedagógico de Ginebra de 1951 a 1960, da una cifra del 5,6%

b) *Estudio clínico*. — El cuadro clínico es fácilmente reconocible, ya que el retraso mental corre parejas con modificaciones morfológicas particulares. Desde la primera edad se pone de manifiesto un retraso psicomotor global con apatía e indiferencia, evidenciándose más tarde el retraso mental. Desde el punto de vista morfológico se trata de sujetos de talla pequeña, braquicéfalos, de cara aplastada, con las mejillas salientes, las hendiduras palpebrales oblicuas, estrechas, rasgadas, dirigidas a lo alto y afuera con epicantos. La frente es baja, la nariz pequeña y aplastada en su raíz, la boca entreabierta con una lengua que sobresale agrietada (“escrota”), la bóveda del paladar es a menudo ojival, con los dientes mal insertados y deformes. Los miembros son cortos, las manos de dedos cortos son gruesas, el anular está curvado, el pulgar es muy pequeño y de baja implantación. Existen modificaciones dermatoglíficas palmares, de las que la más frecuente es la línea transversal única que resulta de la fusión de los pliegues palmares medios e inferiores. La bóveda plantar está hundida a menudo y se aprecia en los miembros una hiperlaxitud ligamentosa. El abdomen puede estar distendido e hipotónico con hernia umbilical. Se han descrito malformaciones vertebrales o espina bífida. Estos niños presentan a menudo hipoplasia genital, acompañada a veces en los muchachos de ectopia testicular o hipospadias y en las niñas de un desarrollo vaginal y uterino rudimentarios. Se debe subrayar que puede existir menstruación en las niñas, pero los embarazos son extremadamente raros. Los trastornos tróficos son importantes, la piel está seca, a veces ictiósica, las uñas alteradas. Las cejas escasas. Este cuadro morfológico se acompaña de malformaciones asociadas y de ellas las más importantes son las cardiopatías (principalmente comunicaciones interauriculares o interventriculares) y sindactilia. Se han descrito además, ausencia de perforación anal, estenosis de píloro, esclerodermia, etc.

El déficit intelectual de los mongólicos es constante. Es excepcional sobrepasen un C. I. de 70, pero el término de idiocia mongólica se encuentra lejos de ser adecuado en la mayor parte de los casos. Tras la revisión hecha por L. Moor (1970) los C. I. se ordenan alrededor de una curva de Gauss, con una media de 40-45 y tienden

a disminuir con la edad en las trisomías regulares; en las trisomías 21 parciales y en las trisomías 21 regulares en mosaico los retrasos son generalmente menos profundos.

Antiguamente el pronóstico vital de estos niños era muy comprometido, ya que se admitía que el 50% morían durante el primer año, sólo el 25% alcanzaban la pubertad, y su mortalidad era 6 veces mayor que la de los oligofrénicos no mongólicos (L. S. Penrose). Después de la era de los antibióticos el pronóstico vital se ha modificado completamente.

Las terapéuticas de tipo opoterápico (en particular tiroideo) y los ácidos glutámicos dan en conjunto pocos resultados. Puede probarse un tratamiento con los inhibidores de la monoaminooxidasa. En conjunto, nuestra acción es sobre todo pedagógica.

c) **Etiopatogenia.** — Tras el descubrimiento hecho por J. Lejeune, M. Gauthier y R. Turpin (1959) del cariotipo estándar del mongolismo (trisomía 21 regular) se han dado a conocer algunas variantes.

En el 95% de los casos aproximadamente, se trata de un mongolismo trisómico clásico, es decir portador de tres cromosomas 21 libres, y con un cariotipo de 47 cromosomas. Se trata de un accidente que tiene pocas posibilidades de volver a repetirse.

En el 3% de los casos se produce translocación, en la mitad por herencia de uno de los padres, en la otra mitad *de novo*. La mayor parte de las veces las translocaciones son fusiones centroméricas entre un cromosoma 21 y otro acrocéntrico. Cuando una translocación *t* (21qDq) ha aparecido *de novo*, el riesgo de recurrencia es el mismo para todas las mujeres de la misma edad. Por el contrario, si uno de los padres es portador de una translocación equilibrada el riesgo de recurrencia es de 1/3 en cada embarazo, pues generalmente la monosomía es letal (recientemente sin embargo se han descrito dos casos de monosomía uno de los cuales era una niña de 4 años). Existe una posibilidad de cada tres de que nazca un niño normal y las mismas posibilidades de que nazca un niño portador de una translocación equilibrada. En el caso de la translocación *t* (21qDq) J. de Grouchy considera que las proporciones 1: 1: 1: son correctas si la madre es portadora de la translocación; el riesgo de aparición de una trisomía sólo es de 1 a 2 casos de cada 50 si el portador es el padre. La razón de esta diferencia no está clara.

En el 2% de los casos se encuentra un mosaico 46, XY (o X)/47, XY, 21, +.

En casos muy raros se dan translocaciones diferentes o asociaciones de trisomía 21 con otras aberraciones.

Una *punción amniótica* se justificaría en una mujer portadora de translocación para saber si el feto es o no mongólico, en el caso de que la legislación sobre el aborto lo permitiese.

La *madre añosa* es el único factor etiológico conocido hoy día. Según J. de Grouchy, en la población general, la edad media materna es de 27-28 años. En una población de trisómicos 21 es de 34-35 años. Se puede estimar que el riesgo de aparición de una trisomía 21 es del 1 por dos mil antes de los 30 años, 1:4 por mil entre los 35 y 39 años, para alcanzar la cifra de 1 por 50 a los 45 años. Por término medio un tercio de trisómicos 21 nacen de madres que tienen más de 40 años; una amniocentesis permitiría descubrirlos.

Trisomía 13

El niño con trisomía 13 es retrasado profundo, hipotrófico, afecto de malformaciones faciales graves con microcefalia, microftalmía, hemangiomas de la cara y del cuero cabelludo, aplasia cutánea a nivel del vértex; malformaciones cardíacas; anomalías urinarias y a veces genitales; anomalías (inespecíficas) de los polinucleares, alteraciones de la hemoglobina (retraso en la formación de la cadena β). Después de la clasificación de Snodgrass se han separado dos formas: el tipo I mayor presenta un defecto de fusión de los esbozos faciales medianos, frecuente hocico de lobo, división palatina, hipotelorismo, en tanto que en el tipo II los elementos de la línea media de la cara están correctamente soldados. Las malformaciones cerebrales son diversas, pudiéndose encontrar estos tipos de anomalías separadas de toda aberración cromosómica (R. Berger, G. Percheron, R. Escourolle, 1969). La rareza aparente de la trisomía 13 es imputable sin duda a su carácter altamente letal en el embrión.

Trisomía 18

El retraso mental y motor es considerable; está asociada a una hipotrofia y a malformaciones diversas: escafocefalia y microrretrognatismo; pies deformes en pielet, malformaciones cardíacas, renales y digestivas. La supervivencia es generalmente breve; se ha conocido un caso que vivió hasta los 15 años.

Monosomías

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la monosomía era incompatible con la vida. Se han citado monosomías del grupo G (cromosomas 21 y 22), pero se dudó de la existencia de su forma completa.

En la mayoría de los casos conocidos (revisión de R. Berger, 1972), se trata de un mosaico monosómico G/G en anillo (45, G/46, Gr) y menos a menudo de una monosomía G/delección de brazo largo (45 G-/46, Gq-) para las anomalías del cromosoma 21. Más rara es la anomalía del cromosoma 22 que suele consistir en una G en anillo, (46, Gr).

La monosomía 21 parcial, "antimongolismo", se caracteriza por presentar caracteres somáticos opuestos en parte a los de la trisomía 21: hipertonia muscular, oblicuidad hacia abajo y afuera de las hendiduras palpebrales, blefarocalasia externa persistente de la membrana pupilar, gran tamaño de los pabellones auriculares y de los conductos auditivos externos y nariz prominente. Por lo demás hay microcefalia, microrretrognatismo anomalías ungueales, hernia inguinal, criptorquidia, hipospadias, estenosis del píloro, hipotrofia y retraso psicomotor y a menudo trombocitopenia, eosinofilia e hipogammaglobulinemia.

Los elementos clínicos de la monosomía 22 son: hipotonía muscular, epicantos, sindactilia. El retraso mental es constante pero no hay ni hipotrofia ni microcefalia.

2.º Aberraciones estructurales

Síndrome 5 p - (o del grito de gato)

La causa de esta enfermedad es la delección del brazo corto del cromosoma 5. El retraso es muy profundo y la hipotrofia de la talla y el peso muy notable. Hay

microcefalia. La facies lunar con las hendiduras palpebrales horizontales o ligeramente oblicuas hacia afuera y abajo, epicantos, hipertelorismo e hipoplasia mandibular. Se aprecia además hipotonía y trastornos digestivos y respiratorios; las convulsiones son raras. La laringe presenta una malformación que es la causa de la emisión de un grito, que recuerda el maullido de un gato. Las malformaciones cardíacas son frecuentes. Es posible que aparezca una agenesia del cuerpo calloso. Pueden mencionarse asociaciones con anomalías dermatológicas.

Síndrome 18 q-

El primer caso de un niño con delección parcial del brazo largo del cromosoma 18, fue descrito por J. de Grouchy y cols., en el año 1964.

El cuadro dismórfico característico comprende: además de microcefalia, una retracción de la zona media de la cara que contrasta con un mentón bien desarrollado. Los ojos están hundidos en las órbitas, de las que la parte interna de su borde superior aparece hundido. Hay hipertelorismo con o sin epicantos. La boca tiene la forma de boca de carpa, el filtrum (canal comprendido entre la mitad del labio superior y el tabique nasal) está ausente. Los orificios nasales están dispuestos en triángulo y a cada lado hacia afuera y abajo de las alas se descubre la presencia de un nódulo malar subcutáneo. Las orejas de implantación baja, con muchos repliegues, y atresia del conducto auditivo externo. Los dedos tienen forma de uso muy notable, el pulgar mal implantado y los dermatóglifos son característicos. Los pies deformes. Los órganos genitales externos son anormales (con ausencia de los pequeños labios o ectopia testicular). Se aprecian malformaciones oculares: nistagmo, estrabismo convergente, glaucoma y atrofia óptica; degeneración tapetoretiniana y malformaciones cardiovasculares; y menos frecuentemente uropatías malformativas y costillas cervicales.

El retraso mental y la hipotrofia son constantes. Se han descrito algunos casos de convulsión y un caso de trazado de E. E. G. de hipsarritmia.

Síndrome 18 p-

La delección del brazo corto del cromosoma 18 fue descrito por primera vez por J. de Grouchy y cols., en el año 1963 y supone un retraso mental y de la talla. Dismorfias oculares (hipertelorismo, epicantos, estrabismo y pupilas excéntricas; se ha descrito un caso de catarata nuclear bilateral, un caso de cebocefalia y un caso de ciclopía); la raíz de la nariz aplastada, orejas grandes separadas y de implantación baja; las manos cortas con el pulgar de inserción alta; el cuello ancho, a veces con pterigium colli. Aisladamente se han descrito microcefalia, labio leporino, luxación de la cadera, hepatomegalia, alopecia y sindactilia.

Síndrome 18 r

Descrito por primera vez por W. C. Wang y cols., en el año 1962, este síndrome del cromosoma 18 en anillo, es la consecuencia de una delección de cada extremidad del cromosoma con soldadura a nivel de las secciones. Esta forma de aberración está sujeta a un número infinito de combinaciones, por lo que las manifestaciones clínicas

son muy variables. Presenta signos ya descritos en los síndromes 18 p - y 18 q - aunque los cuadros de conjunto sean poco comparables.

Aberraciones estructurales de los cromosomas 21 y 22

Véase páginas 489 y 490.

II. - ABERRACIONES DE LOS CROMOSOMAS SEXUALES

Estos síndromes se estudian detalladamente en el capítulo *Sexualidad*. En este apartado sólo los recordaremos.

Síndrome de Turner (45, X-). — En el síndrome de Turner se ha descrito a veces una ligera debilidad mental, pero los conocimientos recientes apoyan la existencia de una repartición normal del C. I.

Síndrome 47, XXX. — Generalmente la debilidad mental es la única manifestación de este síndrome. Existen síndromes X múltiples con oligofrenia tanto más profunda cuanto mayor es el número de X.

Síndrome de Klinefelter (47, XXY). — En este síndrome la importancia de la oligofrenia es variable.

Síndrome 47, XYY. — En este síndrome falta determinar todavía la relación de causa a efecto entre la anomalía 47, XYY y el comportamiento agresivo o la deficiencia mental de los sujetos afectados (véase capítulo *El niño, el adolescente, la sociedad*).

D. - OLIGOFRENIAS DISMETABÓLICAS

Las oligofrenias dismetabólicas se caracterizan generalmente por un déficit enzimático que ocasiona lesiones o alteraciones funcionales del sistema nervioso del niño, cuyo cerebro, en el momento del nacimiento, está todavía en evolución; se acompañan generalmente de alteraciones viscerales, en particular hepáticas, esplénicas, cardíacas, vasculares, óseas, cutáneas y oculares. El niño puede nacer normal debido a que recibe durante el embarazo los componentes enzimáticos de la madre. Como señala W. Grüter, solamente después de la sección del cordón umbilical la tara enzimática empieza a producir sus efectos desastrosos. El organismo es incapaz de sintetizar una sustancia indispensable cuando los precursores se catabolizan por vías patológicas. Los síntomas se deben, pues, a dos factores: por una parte a la invasión del organismo por metabolitos tóxicos, y por otra a la ausencia de constituyentes fisiológicos. Este hecho explica que a partir de un trastorno básico fundamental, la edad de aparición de las alteraciones pueda ser diferente, ya sea debido a que la ausencia de las sustancias necesarias puede tolerarse durante algún tiempo, o bien porque los metabolitos nocivos no encuentran siempre inmediatamente un terreno sensible para su acción. Por ello, algunos trastornos del metabolismo pueden manifestarse desde el primer día del nacimiento, otros después de algunas semanas o algunos años, y otros

aún pueden permanecer asintomáticos hasta la adolescencia, como ocurre en la degeneración hepatolenticular, en la que, sin embargo, la carencia de ceruloplasmina es congénita.

En los casos en que se conoce, la herencia de estas enfermedades es generalmente recesiva autosómica, y excepcionalmente ligada al sexo.

Nuevos sistemas de organización están en vías de realizarse, sistemas destinados a mejorar el diagnóstico bioquímico y enzimático de este tipo de afecciones, a poner en evidencia heterocigotos o sujetos portadores, el descubrimiento posnatal de estas enfermedades, a nivel familiar o a nivel colectivo, como es el caso de la fenilacetoneuria; sistemas, en fin, destinados a conseguir el diagnóstico prenatal, incluso precoz por amniocentesis. Estas medidas se unen para facilitar el consejo genético, la prevención y el tratamiento precoces de las enfermedades hereditarias del metabolismo.

Analizaremos sucesivamente los trastornos del metabolismo de los aminoácidos, de los glúcidos y de los lípidos, y agruparemos en un cuarto apartado los demás trastornos del metabolismo. No podemos extendernos en la descripción de todos los síndromes conocidos, para lo cual recomendamos consultar los tratados especializados (G. Bollea y E. Baltassarre, L. van Bogaert, P. Mozziconacci y otros, L. C. Crome, y J. Stern, P. Royer, M. Laury y cols., H. Bickel y cols.).

I. — TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS PROTEÍNAS

1.º Alteraciones del metabolismo de los aminoácidos

De estas afecciones descritas también con la denominación de aminoacidurias dismetabólicas la mejor conocida es la fenilacetoneuria, antes denominada "oligofrenia fenilpirúvica".

Fenilacetoneuria o enfermedad de Fölling. — En la mayoría de los casos se trata de un déficit de fenilalanina hidroxilasa hepática, que va a imposibilitar la transformación de fenilalanina en tirosina. Como consecuencia se produce hiperfenilalaninemia y exceso de metabolitos urinarios resultantes de la transaminación de la fenilalanina (como son los ácidos fenilpirúvico, fenil-láctico y fenilacético).

Esta enfermedad, que se transmite con carácter recesivo, se caracteriza frecuentemente por hipopigmentación (piel clara, cabellos rubios, ojos azules; en todo caso siempre hay una dilución del color, en relación a la situación familiar); lesiones eczematosas; alteraciones de la estática y una sintomatología poco clara, en la que se pone de manifiesto a menudo cierta hipertonia y en algunos casos crisis epilépticas. Los trastornos graves del desarrollo aparecen hacia el segundo semestre, la oligofrenia es de un grado variable, a menudo grave, el deterioro progresa lentamente hasta la pubertad, después de la cual se hace estacionario. Pueden asociarse a la oligofrenia, trastornos del comportamiento (hiperactividad o apatía) o del carácter (irritabilidad, cólera, agitación, gritos, impulsividad). En algunos casos el cuadro es de autismo infantil.

El tratamiento consiste en un régimen más o menos pobre en fenilalanina, según el grado de hiperfenilalaninemia; en principio el retraso mental, consecuencia de la enfermedad, puede ser evitado si se instituye el tratamiento en el curso de las seis primeras semanas de vida; incluso puede dar resultados si se comienza con la aparición de los primeros síntomas.

Es necesario tener en cuenta el hecho de que un régimen demasiado estricto, es decir, demasiado pobre en fenilalanina, puede por sí mismo provocar trastornos cerebrales; por otra parte, si existe una relación entre la importancia de la hiperfenilalaninemia y el retraso mental, esta relación no es constante. En definitiva, parece probado que los niños con fenilacetoneuria verdadera (con hiperfenilalaninemia por encima de 20 mg/100 cm³), tratada precozmente con un régimen cuidadosamente controlado, para evitar una carencia en fenilalanina, tienen un desarrollo intelectual normal.

Podemos esperar, en el futuro, que el tratamiento pueda realizarse sustituyendo el enzima que falta.

Con el perfeccionamiento de las técnicas del diagnóstico precoz de la hiperfenilalaninemia se ha visto que si algunos de estos niños presentan claramente fenilacetoneuria "clásica", no ocurre así en otros casos: bien por que se presente más tarde o bien por que estos niños permanecen completamente asintomáticos y no llegan a padecer retraso mental. El estudio de estos niños permitirá tal vez dilucidar la patogenia del retraso en la fenilacetoneuria "clásica"; partiendo del estudio de niños o adultos con las características bioquímicas de la fenilacetoneuria sin retraso mental, se han emitido también hipótesis patogénicas sobre la oligofrenia; por ejemplo, el de una deficiencia en glutamina por comparación en dos hermanos enfermos, de los que uno no fue afectado cerebralmente (T. Perry, 1970).

Otra hipótesis reciente apunta la posibilidad de una oligofrenia adquirida *in utero* en niños de madres fenilacetónicas.

Tests polivalentes de diagnóstico de las acidoaminopatías. — Las investigaciones tienden a establecer métodos de diagnóstico comunes a varias acidoaminopatías, de fácil aplicación y que den una estimación de las tasas de los aminoácidos existentes en la sangre.

— Tests múltiples de R. Guthrie, basados en la combinación de cepas mutantes del bacilo subtilis, aminoácido dependientes, que permiten descubrir la acumulación de numerosos aminoácidos.

— Cromatografía sobre papel unidimensional o bidimensional.

— Electroforesis sobre papel.

Otras aminoacidopatías. — Poseen problemas similares a los de la fenilacetoneuria. Indicaremos sólo sus principales características.

2.º Hiperuricemia familiar con encefalopatía

(Trastorno del metabolismo de las purinas)

En esta afección, de transmisión recesiva ligada al sexo, la anomalía biológica es una ausencia de actividad hipoxantina guanina —ribosil— transferasa que suprime una serie de recontroles sobre la cadena de síntesis del fosforribosil pirofosfato y produce un aumento de la elaboración de ácido úrico.

Clínicamente se observa desde las primeras semanas un retraso mental y después aparecen rápidamente una coreoatetosis grave, trastornos del tono muscular (hipotonía de los músculos de la nuca y del tronco, hipertonia permanente de los miembros con hiperextensiones espasmódicas) y, más tardíamente (entre la época de la salida de los dientes hasta alrededor de los cuatro años), automutilaciones importantes de la boca (encías, lengua y sobre todo labios) y de los dedos, con pérdida de sustancia que puede producir amputaciones. Este cuadro se acompaña de signos renales (cólicos nefríticos e infecciones urinarias con cristaluria y litiasis urática), de anemia

TABLA II. — ALGUNOS TRASTORNOS DEL

AMINOÁCIDOS	ENFERMEDAD Y TIPO DE HERENCIA	PRINCIPALES SIGNOS CLÍNICOS
<i>Fenilalanina</i>	<i>Fenilcetonuria</i> Recesiva autosómica	Oligofrenia, a veces convulsiones, cabellos rubios, ojos muy claros, eccema
<i>Tirosina</i>	<i>Enfermedad de Hartnup</i>	Cirrosis, tubulopatía. Oligofrenia poco frecuente
<i>Triptófano</i>	<i>Tirosinosis</i> Recesiva autosómica	Síntomas cutáneos parecidos a los de la pelagra; ataxia, nistagno, diplopía por crisis. Oligofrenia moderada, generalmente tardía. Trastornos del comportamiento
<i>Histidina</i>	<i>Apiridoxinosis</i> Síndrome piridoxin-dependencia Recesiva autosómica	Desde el nacimiento, convulsiones e hiperexcitabilidad intercrítica. Si no se corrige con tratamiento se produce oligofrenia
<i>Histidina</i>	<i>Histidinemia</i>	Oligofrenia con trastornos del lenguaje
<i>Aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina, valina)</i>	<i>Enfermedad del jarabe de arce</i> (leucinosis) Recesiva autosómica	Inicio en la primera semana: rechazo del alimento, trastornos de la deglución, de la respiración; alteración del tono muscular de base a veces con crisis convulsivas. Muerte o deterioro progresivo y grave. Hay una forma más tardía. Olor a jarabe de arce en la orina
<i>Aminoácidos aromáticos y metionina</i>	<i>Enfermedad de Oast-House</i>	Orina con olor de apio seco. Retraso mental y físico, hipotonía, albinismo. Episodios de fiebre, polipnea, edemas

METABOLISMO DE LOS AMINOÁCIDOS

DEFECTO ESPECÍFICO	PRINCIPALES SUSTANCIAS ANORMALES		TRATAMIENTO
	<i>En la orina</i>	<i>En la sangre</i>	
Déficit de fenilalanina-hidroxilasa hepática	Exceso de los ácidos fenilpirúvico, fenil-láctico y fenilacético	Exceso de fenilalanina	Mejoría con régimen pobre en fenilalanina
	Exceso de ácido parahidroxi-fenil-láctico, de ácido para-hidroxipirúvico, de ácido parahidroxi-fenilacético y de tirosina	Exceso de tirosina	El régimen, pobre en tirosina y en fenilalanina, ha dado resultados esperanzadores
Anomalía del transporte del triptófano a nivel de la mucosa intestinal y del túbulo renal	Hiperaminoaciduria, importante excreción de derivados indólicos		Mejoría con ácido nicotínico
Carencia de vitamina B ₆	Exceso de ácido xanturénico		Vitamina B ₆
Déficit de histidasa	Exceso de ácido imidazolpirúvico	Exceso de histidina	
Concierno a la descarboxilación oxidativa de los ácidos α -cetónicos de leucina, isoleucina y valina	Exceso de leucina, isoleucina, valina y aloisoleucina y los ácidos α -cetónicos correspondientes	Exceso de leucina, isoleucina, valina y aloisoleucina y de los ácidos α -cetónicos correspondientes. A veces hipoglucemia	Restricción precoz a un mínimo vital de la valina, leucina e isoleucina. Parece eficaz para la prevención del final fatal y de la oligofrenia, pero puede producir dermatitis rebeldes
Probablemente, trastorno general de la descarboxilación oxidativa de los ácidos α -cetónicos relativos a los aminoácidos de cadenas ramificadas, pero también a los aromáticos y a la metionina	Excreción importante de fenilalanina, ácido fenilpirúvico y fenilacético, de leucina, isoleucina, ácido indolil-láctico, metionina y ácido α -hidroxi-butírico		

TABLA II. - ALGUNOS TRASTORNOS DEL

AMINOÁCIDOS	ENFERMEDAD Y TIPO DE HERENCIA	PRINCIPALES SIGNOS CLÍNICOS
<i>Aminoácidos azufrados</i> Hemocistina	<i>Hemocistinuria</i> Recesiva autosómica	Oligofrenia frecuente, trastornos del comportamiento. E.E.G. alterado, a veces convulsiones, espasticidad, hemiplejía. Anomalías esqueléticas parecidas al síndrome de Marfan. Trastornos oculares (luxación del cristalino). Tendencia a las trombosis
<i>Aminoácidos del ciclo de la urea</i> Ácido arginosuccínico	<i>Aciduria arginosuccínica</i> Recesiva autosómica	Oligofrenia con expresión triste del rostro. A veces convulsiones, períodos de apatía y de coma, de ataxia. Piel rugosa, cabellos secos y flojos
Citulina	<i>Citrulinuria</i>	Crisis de Vómitos, con trastornos de la conciencia y convulsiones, oligofrenia progresiva
	<i>Hiperammoniemia</i>	Crisis de vómitos, estado de estupor, oligofrenia
<i>Iminoácidos</i> Prolina	<i>Prolinuria</i>	Convulsiones, oligofrenia
	<i>Hiperprolinemia</i> Tipo I	Nefropatía. Debilidad mental moderada e inconstante
	Tipo II	Convulsiones, oligofrenia
<i>Lisina</i>	<i>Hiperlistinemia</i> Tipo I	Déficit mental. Convulsiones
	Tipo II	Déficit mental (4 casos sobre 7 en este caso)
<i>Glicina</i>	<i>Hiperglicinemia</i> (glicinemia)	Inicio neonatal por vómitos. Convulsiones. Retraso mental, de la talla y ponderal
<i>Aminoaciduria</i>	<i>Síndrome oculocerebrorenal de Lowe</i> ¿Recesiva ligada al sexo?	Anomalías oculares (glaucoma, catarata, retinitis). Hipotonía Oligofrenia. Hipotrofia de la talla y peso con raquitismo. Tubulopatía compleja

METABOLISMO DE LOS AMINOÁCIDOS

DÉFICIT ESPECÍFICO	PRINCIPALES SUSTANCIAS ANORMALES		TRATAMIENTO
	<i>En la orina</i>	<i>En la sangre</i>	
Déficit de cistationinasintetasa	Homocistina	Exceso de metionina y de homocistina	Régimen pobre en metionina y rico en cistina. Instaurado precozmente. Piridoxina: activo en algunos casos
Déficit de arginosuccinasa	Exceso de ácido arginosuccínico		Restricción de proteínas al mínimo necesario para el crecimiento ¿Arginina?
Déficit de arginosuccinatosintetasa	Exceso importante de L-Citulina		¿Restricción de proteínas?
Déficit de ornitina-carbamiltransferasa	Aminoaciduria	Nivel elevado de amoníaco	¿Restricción de proteínas?
Trastorno del transporte tubular e intestinal de los aminoácidos y la glicina	Exceso de prolina		
Déficit de prolinaoxidasas	Exceso de prolina, hidroxiprolina y glicina	Exceso de prolina	
Déficit de ácido Δ -1-pirrolin-carboxílico-5-dehidrogenasa	Exceso de prolina. Ácido Δ -1-pirrolin-carboxílico-5	Exceso de prolina	
		Exceso periódico de lisina con hiperamoniemia transitoria	Régimen pobre en lisina
		Exceso de lisina y a veces de arginina	Mejoría completa desde el punto de vista bioquímico, inoperante sobre la oligofrenia
Varios tipos de déficits enzimáticos	Glicinuria \pm cetonuria	Hiperglicinemia	Régimen hipoproteínico con suplemento de aminoácidos no tóxicos
Desconocido	Hiperaminoaciduria		

y a veces de tofos, fluxión articular como en la gota infantil. Existe un aumento del nivel de uricemia y de uricuria. El alopurinol utilizado en el tratamiento no actúa sobre la encefalopatía.

II. — TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS

Los lípidos forman parte de los constituyentes del tejido cerebral, bajo la forma de colesterol, cerebrósidos, esfingomielina y cefalina. Estos distintos componentes pueden acumularse en algunas enfermedades y ello ha dado lugar a la clasificación de las enfermedades según la sustancia acumulada predominante. En el grupo de los esfingolípidos, cuyo componente característico es la esfingosina, se pueden diferenciar: los gangliósidos (que se acumulan en la enfermedad de Tay-Sachs), la esfingomielina (que se acumula en la enfermedad de Niemann-Pick), los cerebrósidos (que se acumulan en la enfermedad de Gaucher), los gangliósidos y los mucopolisacáridos (que se acumulan en el gargolismo).

a) Enfermedad de Tay-Sachs o idiocia amaurotica infantil precoz o Gangliosidosis GM2.

Enfermedad de transmisión autosómica recesiva caracterizada por una sobrecarga en gangliósidos GM2 en las neuronas y cuyo defecto enzimático parece ser un déficit de hexoaminidasa A.

Se distinguen varias idiocias amauroticas familiares, con cuadro clínico diferente según la edad de aparición del síndrome: un tipo congénito (Norman), un tipo infantil (Tay-Sachs), un tipo infantil tardío (Dollinger-Bielschowsky), un tipo juvenil (Spielmeyer-Vogt o Batten), un tipo adulto (Kufs). Actualmente, teniendo en cuenta los datos bioquímicos, la clasificación individualiza netamente dos enfermedades por sobrecarga de gangliósidos: la gangliosidosis GM2 o enfermedad de Tay-Sachs y la gangliosidosis GM1 o enfermedad de Landing; las formas infantiles tardías parecen constituir un grupo heterogéneo, algunas de cuyas observaciones pertenecen a la gangliosidosis GM2 y otras a la GM1; la idiocia amaurotica juvenil representaría también a varias entidades, que en general no entrarían en el cuadro de las neurolipidosis.

La enfermedad de Tay-Sachs se inicia en general entre el 4.º y el 6.º mes. Uno de los signos más precoces es una respuesta en extensión exagerada al sonido. El niño presenta una pérdida progresiva de la motilidad con atonía muscular y pasa de la indiferencia a la torpeza. La visión se afecta precozmente, el aspecto rojo cereza de la mácula es característico; en el curso de la evolución se añade atrofia óptica; el electrorretinograma es normal.

b) Enfermedad de Landing o Gangliosidosis GM1 tipo I o gangliosidosis generalizada

Enfermedad recesiva autosómica caracterizada por una sobrecarga de gangliósidos GM1 en cerebro y vísceras así como de mucopolisacáridos en estas últimas; se ha evidenciado una deficiencia de β -galactosidasa.

El desarrollo psicomotor está retrasado desde el nacimiento y el examen muestra un lactante hipoactivo, hipotónico, con edemas facial y periférico, anomalías faciales (macroglia, ensillamiento nasal, a veces hipertelorismo), hepatosplenomegalia, a

veces cifosis lumbar. La semiología nerviosa se superpone pronto a la descrita en la enfermedad de Tay-Sachs y el aspecto rojo cereza de la mácula existe en la mitad de los casos. La evolución se hace hacia la muerte en los dos primeros años. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad de Tay-Sachs, la enfermedad de Niemann-Pick y la enfermedad de Hurler; sólo los exámenes histológicos, enzimológicos y bioquímicos pueden aportar la certeza.

c) Enfermedad de Niemann-Pick o Lipidosis esfingomielínicas

Se caracteriza por una sobrecarga predominantemente de esfingomielina y colesterol en las células reticuloendoteliales y parenquimatosas de las vísceras y del cerebro; pudo ponerse de manifiesto un déficit de esfingomielinasa en la forma infantil. La transmisión es recesiva autosómica.

En la forma infantil, que comienza en los tres primeros meses, hay hepatosplenomegalia (a veces con ascitis) que acompaña a una sintomatología a la vez espástica y aquinética, amaurotica y mental, comporta una idiocia comparable a la de la enfermedad de Tay-Sachs. Se aprecia un aspecto rojo cereza de la mácula en la mitad de los casos, un anillo corneal gris verde, trastornos vegetativos, alteraciones de la serie pseudobulbar y bulbar verdadera y un estado de espasticidad en el que se mezclan signos piramidales y extrapiramidales. La muerte sobreviene a los 2 o 3 años.

d) Enfermedad de Gaucher o Lipidosis de cerebrósidos

Comprende diversos síndromes caracterizados por el acúmulo de glucocerebrósidos en el tejido reticuloendotelial y una deficiencia de β -glucosidasa.

La forma del lactante de Oberling y Woringer, de transmisión autosómica recesiva, es siempre un trastorno neurológico agudo, que comienza en el primer semestre y evoluciona hacia la muerte con frecuencia antes del año. Los primeros signos consisten en una detención del desarrollo psicomotor con apatía progresiva, caída de la cabeza hacia atrás, a veces laringospasmo, crisis de cianosis y de disnea, disfagia, estrabismo convergente y trismo; más tarde, hipertonia con opistótonos (cuadro piramidal y extrapiramidal); un estadio terminal en el que se esboza a menudo un síndrome de descerebración. El síndrome neurológico se acompaña de hepatosplenomegalia.

e) Leucodistrofia metacromática o Lipidosis por sulfátidos o sulfatidos

Esta enfermedad, habitualmente recesiva autosómica, está caracterizada por una desmielinización difusa del sistema nervioso central o periférico (leucodistrofia), y una sobrecarga en lípidos metacromáticos (sulfátidos) en el sistema nervioso central y periférico y en algunas vísceras, que estaría ligada a un déficit en arilsulfatasa A.

La forma infantil (Greenfield), es la más frecuente y se inicia en el curso del segundo año con trastornos progresivos de la marcha, detención del aprendizaje psicomotor y trastornos del comportamiento. El examen neurológico muestra paresia de los miembros inferiores, con signo de Babinski y frecuente disminución o

ENFERMEDAD	LANDING	TAY-SACHS	KRABBE	SCHOLZ GREENFIELD	GAUCHER	NIEMANN PICK
<i>Sobrecarga</i>	<i>Gangliosidosis GM₁</i>	<i>Gangliosidosis GM₂</i>	<i>Galactosil ceramidosis</i>	<i>Sulfaridosis</i>	<i>Glucosil ceramidosis</i>	<i>Esfigomielinosis</i>
<i>Exámenes de orientación</i>	Hemograma: linfocitos vacuolados. Rx columna lumbar vértebras en espón FO: mancha rojo cereza	FO: mancha rojo cereza	LCR: protei- norragea Velocidad de con- ducción nervio- sa	LRC: proteo- irragia (Velocidad de conducción nervio periférico Colecistografía: vesti- cula excluida	Suero: fosta- tasas ácidas	Hemograma: linfo- citos vacuolados FO: mancha rojo cereza incons- tante
<i>Diagnóstico citológico</i>	Médula, ligado y bazo: células espumosas Cerebro: cuerpos lami- nares	Cerebro: cuerpos la- minares	Cerebro células de Krabbe	Orina: granulaciones metacromáticas Nervio periférico in- filtración cel-me- tacromía	Médula, ba- zo: células de Gaucher	Médula, hígado, ba- zo, células espu- mosas
<i>Diagnóstico bioquímico</i>	Orina Hígado: Querato- sulfato Cerebro: gangliosidos GM ₁	Cerebro: gan- gliosidosis GM ₂		Orina: Sulfátidos Sulfátidhexósido	Bazo: glucoco- rebrósido	Hígado, bazo: es- figomielina:
<i>Diagnóstico enzimático</i>	Hígados, leucocitos: β-galactosidasa	Suero, leuco- citos: hexo- saminidasa (fracción A)	Cerebro: cerebro- sido sulfotrans- ferasa	Orina, leucocitos Arlisulfatasa A	Bazo, leuco- citos: cere- brosidasa	Hígado, bazo, leu- cocitos esfigo- mielina
J. M. Gigonnet y J. G. Juif, 1970, <i>Presse med.</i> , 78/50, 2249-2253.						

abolición de los reflejos osteotendinosos (afectación central y periférica), afectación oculomotora, ataxia, disartria y nistagmo. La inteligencia y la motricidad se empobrecen extremadamente; a veces hay disminución de la agudeza visual (a menudo atrofia óptica hacia el final del proceso), crisis convulsivas, movimientos coreoatetósicos y violentos dolores de los miembros. La muerte sobreviene al cabo de varios meses o algunos años por un cuadro de gran tetraplejía espasmódica con síndrome pseudo-bulbar.

Los principales métodos de diagnóstico *in vivo* de estas diversas afecciones han sido agrupados por J. M. Gigonnet y J. G. Juif (1970) en la tabla de la página 502 (nosotros veremos en la página 532 la leucodistrofia de Krabbe cuya pertenencia a las esfingolipidosis es indiscutible).

f) Mucopolisacaridosis

Son afecciones constitucionales en las que existe un trastorno del metabolismo de los mucopolisacáridos ácidos, con sobrecarga visceral múltiple, de gangliosidos en el cerebro, de mucopolisacáridos ácidos en las demás vísceras.

La anomalía parece estar en la degradación de los mucopolisacáridos (P. Maroteaux y cols., 1970).

La nomenclatura internacional actual, que a su vez toma la clasificación de V. A. McKusick, distingue 6 tipos de mucopolisacaridosis (MPS), de los que indicamos los epónimos, sinónimos seguidos de la indicación de los mucopolisacáridos presentes en la orina:

MPS I. Hürler. Gargolismo (condroitín sulfato B y heparitín sulfato).

MPS II. Hunter. Gargolismo (condroitín sulfato B y heparitín sulfato).

MPS III. Sanfilippo. Oligofrenia polidistrófica (heparitín sulfato).

MPS IV. Morquio. Osteocondrosis (queratosulfato).

MPS V. Scheie. Gargolismo, forma frustrada (condroitín sulfato B).

MPS VI. Maroteaux-Lamy. Enanismo polidistrófico (condroitín sulfato B).

El gargolismo o enfermedad de Hürler, se inicia entre el 6.º y el 18.º mes y se caracteriza por una dismorfia con un rostro que se ha comparado al de las gárgolas; ancho y pesado, de osamenta maciza, nariz amplia, aplastada en forma de pie de marmita, la boca está acentuada por gruesos labios a veces abiertos sobre una lengua escrotal protuberante, la frente es abombada, las orejas groseras, los ojos a menudo salientes y separados por hipertelorismo; la cabeza, que es demasiado gruesa, lo parece aún más a causa de la brevedad del cuello y del tronco así como por la existencia de una cifosis dorsolumbar; el abdomen es prominente y se puede apreciar hepatosplenomegalia. Las córneas están a menudo opacificadas; puede haber sordera.

La radiografía pone de manifiesto trastornos del crecimiento endocrinal; el examen de orina evidencia la presencia de condroitín sulfato B y heparitín sulfato.

La afectación mental, ligera al principio, evoluciona hacia el deterioro, produciéndose la muerte, en general, antes de la pubertad.

La transmisión se realiza según el modo recesivo autosómico. Es igual para las demás mucopolisacaridosis, a excepción de la enfermedad de Hunter, cuya transmisión genética es recesiva ligada al sexo, diferenciándose por otra parte, tan sólo de la enfermedad de Hürler por la ausencia de opacidad corneal.

La MPS III (enfermedad de Sanfilippo) presenta un cuadro clínico muy próximo a los precedentes, pero la dismorfia facial es menos notable y no hay opacidad corneal. Arrastra también un retraso mental notable. Éste es menos claro e incluso falta en las demás MPS (IV, V y VI).

Mucopolipidosis. — Los últimos estudios han demostrado que era necesario separar de las mucopolisacaridoses otro grupo, las mucopolipidosis, de las que J. Spranger y cols., se han ocupado recientemente (1970). Presentan signos clínicos, radiológicos y citológicos de las mucopolisacaridoses y de las esfingolipidosis y ocasionan oligofrenia.

G. de Montis y cols., (1972) realizan una revisión sobre la literatura de la mucopolipidosis tipo II (enfermedad de las células de inclusión) e indican una nueva clasificación de las esfingolipidosis, de las mucopolisacaridoses y de las mucopolipidosis, dentro de la nomenclatura internacional de las enfermedades óseas constitucionales.

III. — TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LOS GLÚCIDOS

1.º Galactosemia o diabetes galactosúrica. — La galactosemia es una enfermedad congénita familiar de carácter recesivo autosómico que se debe a una anomalía metabólica que afecta a la transformación de galactosa-1-fosfato en glucosa-1-fosfato, déficit en galactosa-1-fosfato-uridil-transferasa, que puede ser puesto de manifiesto desde el nacimiento.

Clínicamente, la enfermedad puede manifestarse desde los primeros días o semanas de la vida, en forma de una hipotrofia de la talla y del peso importante con torpor, trastornos de la alimentación, vómitos, diarreas, anorexia, intolerancia a la leche, anemia hipocroma, ictericia con hepatomegalia y, posteriormente, ascitis, trastornos renales con proteinuria y aminoaciduria. Aproximadamente en la mitad de los casos se observa muy precozmente una catarata nuclear o zonular.

El retraso psicomotor es frecuente en grados variables. El retraso mental y la microcefalia no siempre forman parte del cuadro clínico.

El tratamiento consiste en la supresión absoluta de galactosa y de sus precursores. La alimentación sólo puede constar de harinas naturales, huevos, caseína, margarina y sacarosa. Debe instaurarse precozmente.

En ausencia de régimen, la muerte aparece rápidamente en muchos casos, los supervivientes pueden ser retrasados mentales, con cataratas y cirrosis, o sólo tener alguna de estas secuelas.

2.º Fructosemia o intolerancia hereditaria a la fructosa. — Es una enfermedad de transmisión autosómica recesiva que se debe a una falta casi total de la actividad aldolásica del hígado para la fructosa-1-fosfato y a una actividad reducida para la fructosa-disfosfato.

El déficit mental, de grado variable, puede evitarse suprimiendo precozmente la fructosa de la alimentación.

3.º Hipoglucemias. — Las causas de la hipoglucemia son muy variadas en el niño, y tienen un papel en la etiología de la deficiencia mental que estudiaremos más adelante (pág. 509).

Mencionemos aquí que se observa en muchas enfermedades hereditarias del metabolismo con oligofrenia: galactosemia, fructosemia y enfermedad del jarabe de arce. Las llamadas formas idiopáticas recurrentes, como la hipoglucemia inducida por la leucina y la hipoglucemia recurrente con cetosis en el niño, son a veces familiares.

Según los casos, un tratamiento dietético o cortisónico precoz puede evitar lesiones cerebrales irreversibles.

4.º Glucogenosis generalizada (síndrome de Pompe). — Es una glucogenosis muscular hereditaria de transmisión autosómica recesiva debida a una ausencia de maltasa ácida de los lisosomas de las células (H. G. Hers), con acumulación de glucógeno a nivel de los músculos (corazón inclusive), del hígado, de los riñones y del sistema nervioso.

La sintomatología se manifiesta entre el segundo y el cuarto mes: hipotonía, inercia, hiporreflexia, cardiomegalia con cianosis, polipnea y taquicardia, y hepatomegalia. El grado de retraso mental es variable.

No existe tratamiento, y el pronóstico es grave; la muerte ocurre en general antes del segundo año.

5.º Mucopolisacaridoses (véase apartado sobre los trastornos del metabolismo de los lípidos).

E. — OTROS TIPOS DE TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS

I. — TRASTORNOS DEL METABOLISMO HIDROSALINO

Veremos, de modo particular, que actualmente el problema de las deshidrataciones graves del lactante, antes denominado "toxicosis" y que permanecía poco claro, parece iluminarse por los estudios más profundos del metabolismo hidrosalino.

Seguiremos a P. Royer (1968) en su exposición de las anomalías sobre el equilibrio hídrico y la regulación del sodio.

1.º Hipernatremias

a) Hipernatremia con deshidratación celular. — Da lugar a anorexia, sequedad de la lengua y sobre todo a una sed viva y repentina; produce signos de deshidratación (pérdida de peso, persistencia del pliegue cutáneo, ojos hundidos, taquicardia, fiebre, a veces descenso de la tensión arterial y colapso vascular intenso), frecuentemente claros signos de afectación neurológica (hiperirritabilidad, hiperreflexia tendinosa, hipertensión muscular, alteración de la conciencia desde el letargo hasta el coma, a veces rigidez meníngea e hiperalbuminorrea). Las complicaciones pueden ser una encefalopatía hemorrágica, o sufusiones hemorrágicas intra o subdurales, trombosis de venas cerebrales y crisis convulsivas sobre todo en la rehidratación.

Las causas son:

— diarreas agudas microbianas del lactante, que se traducen muy a menudo en deshidrataciones hipernatémicas, cuando el lactante está en buenas condiciones nutricionales antes de su diarrea;

— diabetes insípida mal controlada, sobre todo en el lactante en cuyas formas de presentación falta la sed en tanto que la poliuria es considerable, al cuadro de deshidratación se añade en estos casos vómitos, constipación y detención del crecimiento; puede tratarse de una diabetes insípida sensible a la pitresina, o bien resistente como es el caso de la diabetes insípida nefrogénica hereditaria, la mayor parte de las veces de modo recesivo ligada al sexo, por lo que se utiliza además del tratamiento dietético, la hidroclorotiazida;

— síndrome de hiperventilación;

— Diuresis osmótica excesiva, como ocurre en la fiebre "du lait sec" y en algunas diabetes mellitus.

b) *Hipernatremia sin deshidratación*. — Mucho más rara, ha sido descrita en algunas enfermedades neurológicas (traumatismos craneales, encefalitis agudas tras intervenciones neuroquirúrgicas, algunas encefalitis crónicas y tumores).

2.º Hiponatremias

a) *Hiponatremia con déficit de sodio*. — Se origina cuando ha habido pérdidas excesivas de sodio. Se observan síntomas de deshidratación junto a trastornos psiquiátricos, que van desde la astenia, laxitud y cefaleas a la confusión mental.

Podemos distinguir según las anomalías urinarias:

— *Hiponatremia por pérdida de control en la secreción urinaria de sodio*: vómitos incoercibles, algunas diarreas tratadas con soluciones sin electrolitos, deshidrataciones por calor excesivo y las de algunos lactantes con fibrosis quística del páncreas.

— *Hiponatremia con pérdida renal de cloruro sódico*: causas suprarrenales (síndrome de pérdida de sal de Debré-Fibiger, en algunos niños que padecen hiperplasia virilizante hereditaria de las suprarrenales; hipoadosteronismo congénito); causas renales (diversas nefropatías crónicas y pseudohipoadosteronismo).

b) *Hiponatremia con edemas*. — Aumento de peso y edemas considerables. La tolerancia suele ser buena pero en algunos casos puede producirse confusión, desorientación, delirio o coma. Las causas más importantes son los edemas cardíacos, los nefróticos y el kwashiorkor.

c) *Hiponatremia por dilución: "intoxicación hídrica"*. — Las formas agudas se caracterizan por la pérdida de la atención, comportamiento extraño, confusión, incoordinación, letargia con períodos de agitación intercalados, hiperpnea, convulsiones y coma. Las formas más atenuadas, comienzan por letargia, desorientación y fatigabilidad; a menudo anorexia, náuseas y rechazo de la bebida. El peso está aumentado. En caso de coma hay estasis papilar y aumento de presión del líquido cefalorraquídeo.

Se observa este síndrome en la sobrecarga hídrica excesiva, en los recién nacidos, en la rehidratación de las diarreas graves del lactante con soluciones que contienen pocos o ningún electrolito, en el curso de irrigaciones abundantes y cotidianas en los megacolon. Pero sobre todo: a) cuando existe exceso de vasopresina: en el curso de afecciones cerebrales variadas, de porfirias agudas, de mixedema tras intervenciones quirúrgicas, en el síndrome de secreción inapropiada de vasopresina; b) en la insuficiencia de cortisol (enfermedad de Addison), enanismo hipofisario con insuficiencia en corticotrofina, en el curso de algunas corticoterapias prolongadas en la insuficiencia renal grave).

d) *Hiponatremia en el curso de enfermedades del sistema nervioso*. — Síndrome de Peters: se trata de una pérdida renal de cloruro sódico que no responde a los mineralocorticoides, que se manifiesta por hiponatremia con deshidratación y depleción sódica, observándose en las encefalitis, en las poliomyelitis bulbares, en accidentes vasculares cerebrales, en tumores del cuarto ventrículo y en algunas meningitis purulentas agudas.

— Intoxicación por agua: Se produce en encefalitis consecuentes a enfermedades eruptivas y en algunas meningitis agudas.

— Se produce hiponatremia, que generalmente no tiene traducción clínica, en la meningitis tuberculosa.

En cuanto a la génesis de los trastornos neurológicos en las deshidrataciones, J. Aicardi ha subrayado que las modificaciones de concentración de los electrolitos,

no constituyen la totalidad de los mecanismos responsables de la afectación nerviosa; de un modo general, las hipo o las hipernatremias pueden estar asociadas a una deshidratación, a una hiperhidratación o a una hidratación normal. La depleción del volumen extracelular, la consecuencia más grave de las deshidrataciones, aboca al colapso circulatorio, que puede dar lugar a una encefalopatía anóxica.

II. — TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO

Aquí también seguiremos la exposición de P. Royer y señalaremos asimismo los trastornos en el niño de más edad.

1.º Hipocalcemia

La *tetania*, cuya causa más importante, es la hipocalcemia, consiste en la aparición de contracturas tónicas, predominantemente en las extremidades, que se acompañan de parestesias, desencadenándose en accesos, dando lugar a gestos típicos como son "la mano del tocólogo" en los miembros superiores y espasmos carpopedales. A veces se añade un espasmo frenoglótico (dificultades respiratorias, ruidos de cloqueo, y a veces muerte súbita; es de temer la afectación cardíaca. Entre los accesos persiste una hiperexcitabilidad neuromuscular que se manifiesta por los signos de Chvostek, Lust y Trousseau. Aparte de la hipocalcemia, pueden ser causas de tetania la alcalosis, la hipomagnesemia y modificaciones de la calciemia.

En el recién nacido, la hipocalcemia se puede manifestar de dos formas (J. Aicardi):

— Hipocalcemia de los primeros días: existe una hipocalcemia fisiológica pero sólo en prematuros, en niños nacidos con poco peso, en niños de madres diabéticas o toxémicas, en alumbramientos difíciles o por cesárea, en los que se produce un descenso de la calciemia a cifras muy bajas. En estos mismos casos, son frecuentes los antecedentes de anoxia, traumatismos, hipoglucemia y hemorragias. El síndrome de hiperirritabilidad y de temblor no es específico de la hipocalcemia.

— Hipocalcemia convulsivante secundaria: se observa después del 4.º o 5.º día en niños alimentados con leche artificial. Se manifiesta por convulsiones, que reaccionan favorablemente al tratamiento con calcio.

En el lactante: se manifiesta casi siempre por crisis convulsivas generalizadas, estableciéndose a veces un estado de mal convulsivo con riesgo de deterioro mental; en otros casos su manifestación es la tetania. Su causa más frecuente es la hipovitaminosis D (signos clínicos y radiológicos de raquitismo y datos biológicos característicos), pero puede también tratarse de una insuficiencia paratiroidea o renal.

En el niño:

— *Hipoparatiroidismo*. — Se manifiesta por crisis de tetania, convulsiones, cataratas y a veces edema de papila; alteraciones de la piel, faneras, y dientes, con hipocalcemia, hipocalciuria e hiperfosfatemia. Puede haber también trastornos psíquicos y calcificaciones de los núcleos grises centrales.

— *Pseudohipoparatiroidismo*. — Es una afección hereditaria que se transmite de modo dominante y que puede producir retraso mental y convulsiones. Están asociados a ella un síndrome que simula una insuficiencia paratiroidea y un síndrome dismórfico, que comprende enanismo (inconstante), manos y pies macizos y cortos,

bradimetacarpia y bradimetatarsia y calcificación de los tejidos blandos. Las paratiroides son normales y la inyección de parathormonas no tiene efecto.

— *Tetania crónica normocalcémica*. — Consiste en crisis de tetania, acompañadas de crisis de ansiedad, accesos de hiperventilación, dolores abdominales, a veces cataratas, lipotimias y electromiograma característico de la tetania. Se incluirían en este grupo formas frustradas de hipoparatiroidismo, el pseudohipoparatiroidismo, tetanias debidas a otras causas y síndromes psicósomáticos.

2.º *Hipercalcemias*

Se caracterizan por producir poliuria, polidipsia, anorexia, náuseas, vómitos, constipación, frecuente hipotonía muscular y disminución de los reflejos tendinosos y después de algún tiempo, excesiva densidad del esqueleto, retraso de la estatura y del peso, y a veces oligofrenia. Pueden existir clacificaciones en los tejidos blandos, córnea, arteria, vísceras, en particular el riñón, con posibilidad de hipertensión arterial y nefrocalcinosis. Las causas esenciales son:

— *Hiperparatiroidismo*. — Es raro en el niño. Además de los signos de hipercalcemia, se caracteriza por presentar a menudo dolores óseos e incapacidad para la marcha. Las perturbaciones metabólicas, las anomalías radiológicas y el descubrimiento de un adenoma paratiroideo permiten el diagnóstico.

— *Intoxicación por vitamina D*. — Dosis masivas de vitamina D originan síntomas de hipercalcemia: poliuria, polidipsia, anorexia, vómitos, constipación; además, fiebre, palidez, cefaleas, dolores abdominales, detención del crecimiento, adelgazamiento y, frecuentemente, hipertensión arterial, apareciendo los signos radiológicos y biológicos característicos.

Dosis un poco excesivas de vitamina D en sujetos hipersensibles a dicha vitamina, producen hipercalcemia benigna con detención del crecimiento, anorexia, sensación de sed muy viva, constipación, hipotonía muscular e irritabilidad.

— *Hipercalcemia idiopática grave*. — Es una enfermedad congénita, de etiología y de patogenia aún oscuras, en la que parece existir un trastorno del metabolismo de la vitamina D, o de los esteroides vecinos; según L. Paunier, "una explicación hipotética, pero plausible de esta enfermedad sería que, en el embarazo, cantidades normales de vitamina D fuesen transformadas en un metabolito altamente tóxico, capaz de causar en el feto lesiones vasculares y una hipercalcemia que persistiría después del nacimiento".

Estos enfermos tienen talla pequeña, con un rostro de duendecillo (mejillas rollizas, mentón desdibujado, nariz en trompeta, estrabismo, epicantos y anomalías dentarias). Además de los signos habituales de hipercalcemia podemos apreciar retraso mental acentuado, inestabilidad psicomotora, hipertensión, nefrocalcinosis y soplo sistólico por una estenosis supraauricular.

La enfermedad puede conducir rápidamente a la muerte. Cuando el niño sobrevive, la hipercalcemia se atenúa y desaparece, pero persisten el retraso mental y los peligros a largo plazo de insuficiencia renal y complicaciones vasculares.

El tratamiento consiste, en la fase de hipercalcemia, en un régimen exento de vitamina D, y una medicación que impida la absorción intestinal del calcio. Si se instituye desde el nacimiento puede evitar la oligofrenia: J. Money y cols., han estudiado el caso de dos hermanas con hipercalcemia idiopática, de las que la mayor tenía a los 11 años un C. I. de 75, en tanto que su hermana cuya calcemia había sido controlada desde los tres meses y medio, tenía un C. I. de 131 a los 2 años y medio.

III. — TRASTORNOS ADQUIRIDOS DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO

1.º *Hipoglucemias*

Además de las hipoglucemias debidas a enfermedades metabólicas hereditarias (véase pág. 504), existen hipoglucemias de etiología diversa o idiopáticas:

— *Hipoglucemia neonatal en prematuros y niños de poco peso de nacimiento*. — Reúnen todas las condiciones para explicar la frecuencia de su presentación (A. Rossier y cols., 1970). Las manifestaciones convulsivas o neurológicas son sustituidas o acompañadas por apnea o crisis de cianosis. El diagnóstico se confirma por el efecto instantáneo de una solución glucosada hipertónica intravenosa. Son posibles secuelas como oligofrenia o crisis convulsivas.

Pueden verse también hipoglucemias neonatales en niños nacidos de madres diabéticas o que han padecido toxemia gravídica.

— *Hipoglucemias del niño y del lactante*. — Según el grado puede observarse hambre imperiosa, fatigabilidad, actividad excesiva, pérdida del sueño y terrores nocturnos; en un grado mayor, irritabilidad, calambres, temblor, trastornos visuales, taquicardia y sudores; accidentes mayores son la lipotimia, las convulsiones y el coma; a menudo se observan dolores abdominales en un principio y vómitos o náuseas algunas horas después. Es evocador el horario: al final de la noche o por la mañana en ayunas. Después de un coma hipoglucémico de más de 3 horas de duración, pueden observarse lesiones cerebrales, que originan oligofrenia y a veces epilepsia. Además del coma hipoglucémico de los diabéticos tratados, citaremos las hipoglucemias idiopáticas recurrentes, la hipoglucemia espontánea de causa desconocida que se encuentra entre otras en el enanismo hipotálamo-hipofisario y, rara vez, la hipoglucemia por anomalías pancreáticas (adenomas o hiperplasia de los islotes de Langerhans).

2.º *Diabetes mellitus*

— *Diabetes de la madre*. — Las malformaciones congénitas van a ser más frecuentes en los niños nacidos de madre diabética que en el resto de la población y pueden afectar, entre otros, al sistema nervioso. El recién nacido de madre diabética puede presentar otras anomalías: macrosomía, prematuridad frecuente, edemas, un síndrome de dificultad respiratoria con mortalidad muy elevada y un síndrome de excitación neuromuscular.

— *Diabetes del niño*. — Aparece con mayor frecuencia entre los 5 y los 15 años, pero puede verse en el lactante. Sus síntomas principales son: poliuria, polidipsia, adelgazamiento, deshidratación y astenia. En un estudio comparativo de los C. I. de niños diabéticos y de sus hermanos, M. Ack y cols., no han encontrado diferencias cuando la diabetes había comenzado por encima de los 5 años; por el contrario, cuando el comienzo había sido por debajo de esa edad, el C. I. era significativamente más bajo.

IV. — LOS HIPOTIROIDISMOS

Entre las oligofrenias debidas a trastornos endocrinos, la oligofrenia hipotiroidea (mixedema) es una de las más clásicas y de las más típicas.

Fue D. M. Bourneville quien separó la oligofrenia mixedematosa del cuadro de las oligofrenias, en su época muy mal definido y confuso. En algunas regiones existe un mixedema endémico o cretinismo.

El mixedema produce un trastorno del desarrollo estatural con retraso de la osificación; el aspecto de estos niños es característico: nariz ancha y aplanada, boca abierta, lengua gruesa, cuello corto y tórax ancho, vientre abombado, piel y cabellos secos y dentición retardada.

El C. I. es generalmente muy bajo, pero además estos niños presentan trastornos de la conducta con apatía, desinterés y a veces crisis de cólera. También existe un retraso del desarrollo psicomotor.

El colesterol sanguíneo está elevado, y el yodo ligado a las proteínas (P. B. I.) está generalmente bajo, excepto en algunos casos de trastornos de la hormonosíntesis o después de la administración de medicamentos yodados. Los tests con yodo radiactivo pueden precisar algunos datos, pero se utilizan con reserva.

La patogenia de estos hipotiroidismos infantiles es diversa. Se pueden distinguir:

— *El hipotiroidismo sin bocio* se debe a una aplasia o a una hipoplasia congénita de la glándula tiroidea que puede ser ectópica o no.

Los síntomas son precoces en los casos de aplasia, y en los demás, tardíos.

— *El hipotiroidismo hipofisario o diencefálico* es excepcional en el niño. Se ha observado en algunas encefalopatías.

— *El hipotiroidismo adquirido* es de origen infeccioso, y puede aparecer después de una tiroiditis aguda (durante determinadas infecciones infantiles) o subaguda de naturaleza autoinmunitaria (tiroiditis linfocitaria de Hashimoto); puede ser consecuencia de una intervención quirúrgica o de irradiaciones.

Recientemente se han descrito casos de involución tiroidea adquirida en el niño (G. Fontaine y cols., 1970). Incluso la malnutrición grave puede, en determinadas condiciones, causar trastornos tiroideos, reversibles simplemente con realimentación (C. Godard y cols., 1970).

El hipotiroidismo bocioso esporádico hereditario (cretinismo bocioso esporádico). — Se debe a un fallo de la hormonogénesis tiroidea transmitido genéticamente. Cuatro de los cinco tipos de que consta, se asocian con retraso mental.

Tipo I: déficit de incorporación de yoduros a las moléculas orgánicas. Este tipo comprende dos formas: la que se acompaña de retraso mental consiste en un déficit de yodoperoxidasas.

Tipo II: déficit de deshalogenasa; se trata de anomalías de la desyodación de las yodotirosinas.

Tipo III: anomalías de la condensación de las yodotirosinas entre ellas.

Tipo IV: anomalías de la síntesis de la tiroglobulina.

— *Bocio y cretinismo endémicos*. — El bocio endémico está a punto de desaparecer en los países desarrollados, pero continúa siendo uno de los principales problemas sanitarios en zonas rurales de América latina, donde ha sido objeto de numerosas investigaciones, entre las que destaca la de J. V. Stanbury (1970).

Estas investigaciones confirman que la carencia en yodo es ciertamente la causa principal del bocio endémico y de los trastornos que le acompañan, pero numerosos hechos demuestran también, que en algunas zonas de menor endemicidad, otros factores etiológicos (sustancias bociógenas contenidas en el agua o en la alimentación) vienen a añadirse y es posible que algunos de

ellos puedan provocar el bocio endémico, cualquiera que sea la dosis de yodo en el régimen alimenticio. La fisiopatología del bocio endémico ha sido precisada, y los datos biológicos muestran generalmente una fijación elevada de yodo radiactivo, el PBI frecuentemente bajo y la cantidad de hormona secretada por la glándula tiroidea normal o ligeramente baja; la proporción de hormona circulante en el plasma se mantiene habitualmente dentro de los límites normales, pero puede descender cuando el bocio endémico es particularmente grave; queda por saber si la relación entre la triyodotironina y la tiroxina en la sangre de estos enfermos se encuentra elevada.

La yodación de la sal presenta numerosos obstáculos en estos países, donde la profilaxis consistente en inyecciones de aceite yodado, ha demostrado su eficacia.

El cretinismo endémico coexiste con el bocio endémico grave, pero nunca es posible saber si la anomalía es o no el resultado de la deficiencia en yodo existente o incluso si es la consecuencia necesaria de la acción de los mismos factores que provocan el bocio endémico. Entre las demás anomalías comúnmente asociadas al bocio endémico, figuran la sordomudez endémica, la talla pequeña y oligofrenia. No es fácil la comprobación de esta última, pues el bocio endémico bajo su forma más grave se presenta generalmente en reductos culturales donde los problemas de lenguaje, los contactos sociales y de instrucción hacen que la valoración de las funciones intelectuales sea extremadamente difícil. Algunos se han preguntado si el cretinismo no sería debido a una carencia del feto en hormona tiroidea durante las fases críticas de su desarrollo.

El pronóstico del estado mental en el hipotiroidismo congénito es variable, yendo desde una oligofrenia profunda hasta niveles superiores del orden de un C. I. de 120 (J. Money). Las pruebas clínicas, aunque no son suficientes para ser estadísticamente irrefutables, sugieren que es tanto mejor cuanto más tardío sea el comienzo del déficit tiroideo (que puede aparecer más o menos pronto en la vida intrauterina) y que son menos numerosos los signos de alteraciones neurológicas importantes, cuando el principio del tratamiento ha sido precoz y cuando la terapia ha sido mantenida de modo más constante a un nivel adecuado; esto se ha establecido por pruebas experimentales. A partir de un estudio longitudinal sobre 43 sujetos; J. Money y V. Lewis han llegado a la conclusión de que el "pronóstico del C. I." en el cretinismo, no es tan desesperado, como se creía; en un pequeño número de casos espectaculares, el C. I. puede aumentar de 30 a 40 puntos.

El hipotiroidismo que comienza en la infancia, no produce cambios irreversibles del C. I.

V. — EL PROBLEMA DE LA MALNUTRICIÓN

En el curso de las dos últimas décadas, numerosos estudios han demostrado la importancia de la malnutrición proteíno-calórica en niños de tierna edad, en países en vías de desarrollo: el kwashiorkor es una forma de malnutrición proteínica grave, cuyo síntoma más característico es el edema y el marasmo nutricional, estado de desnutrición avanzada, debido a la carencia simultánea de proteínas y calorías. Las enfermedades infecciosas incrementan en la malnutrición que, a su vez, se ve agravada por ellas, y el "niño superviviente" tiene un desarrollo psíquico, social y quizá mentalmente disarmónico (J. M. Bengoa).

Se encontrará un estudio del problema de las consecuencias psicológicas de la malnutrición en los trabajos de J. Cravioto y cols. (1966) y de J. Dobbing (1970), en los documentos de la OMS (1971) y en el Simposio: *Nutrition, Growth and Mental Development* (1970).

Uno de los primeros efectos de la malnutrición es la disminución de la capacidad de reacción del niño y la aparición de apatía; el comportamiento apático a su vez puede actuar reduciendo el valor que el niño posee como estímulo para el adulto y disminuyendo la reactividad del adulto con respecto al niño, de donde resulta una reducción en la interacción adulto-niño.

Los datos aportados por J. Cravioto y cols., demuestran que la malnutrición de la primera infancia parece claramente asociada con cambios en el funcionamiento psicológico posterior (pobres resultados en los tests de inteligencia, retraso del desarrollo, aprendizaje defectuoso) y que la experimentación animal apoya la idea de una interferencia directa del desarrollo del sistema nervioso central. Estos autores han aplicado por sí mismos tests de competencia integrativa intersensorial (visual, háptica, cinestésica). Pero podemos preguntarnos con J. Cravioto y cols., si la malnutrición y la inadecuación intersensorial poseen orígenes independientes abocando en un empobrecimiento social, o si las condiciones sociales dan como resultado la malnutrición que, a su vez, da lugar a la talla pequeña y al mal desarrollo integrativo intersensorial; los autores están a favor de la segunda hipótesis, pero la respuesta definitiva podrá ser aportado únicamente por estudios prospectivos en curso.

Si los efectos directos de la malnutrición son difíciles de comprobar, sus "efectos indirectos", como dice J. Cravioto, son fácilmente apreciables:

- Falta de aprendizaje suficiente;
- Interferencia con el aprendizaje de períodos críticos del desarrollo; J. Cravioto y B. Robles han demostrado que la malnutrición en los seis primeros meses de la vida, provoca una disminución de todas las actividades mentales, que tiende a prolongarse durante largo tiempo; los resultados de G. Barrera-Moncada indican que existe una clara relación entre la persistencia de los efectos posteriores en el rendimiento mental y la edad de aparición y la duración de la malnutrición.
- La reducción del mundo de relación con el adulto.

Investigaciones sobre los factores ecológicos y sociales de la malnutrición en países en vías de desarrollo, han demostrado que la pobreza entrafia, a menudo, insuficiencia protídica y que, en determinadas regiones la existencia de ideas aberrantes sobre la alimentación, han originado una insuficiencia protídica aún más notable que afecta sobre todo a las mujeres durante la lactancia y a los niños pequeños. Actualmente ha mejorado la educación de los pueblos en materia de alimentación del lactante, pero existe un nuevo tipo, de malnutrición más precoz, que tiende a extenderse, por el abandono de la lactancia materna, en regiones en que la industrialización se intensifica, en tanto que la higiene, la formación y la información son aún insuficientes para una lactancia artificial (J. B. Jelliffe, W. R. Ackroy). M. Jay (1972) señala la posibilidad de la existencia previa de un retraso intelectual o psicomotor en niños con problemas carenciales.

Se encontrará un estudio experimental del problema en el trabajo de J. Altman (1971).

Según J. Dobbing, el conjunto de pruebas clínicas y experimentales incluyendo los datos sobre niños de poco peso en el nacimiento, apoyan la posibilidad de una especial vulnerabilidad del cerebro en la época de crecimiento rápido o sea, durante las últimas semanas de embarazo y los primeros meses de la vida; en este período el cerebro se afecta con mayor facilidad y son posibles secuelas permanentes.

F. - AFECCIONES "IN UTERO", PERINATALES Y POSNATALES PRECOCES

I. - FACTORES IN UTERO

Las investigaciones actuales han puesto de manifiesto la existencia de un número considerable de embriopatías diversas. El descubrimiento sucesivo de la embriopatía rubeólica y de la encefalopatía toxoplasmática congénita ha abierto la vía para nuevas investigaciones.

Las embriopatías se deben, entre otras causas, a un determinado número de enfermedades infecciosas contraídas por la madre durante la gestación.

1.º Enfermedades infecciosas

- **Embriopatía rubeólica.** - N. McAlister Gregg descubrió (1941) la relación existente entre el padecimiento de la rubéola durante el embarazo y las malformaciones congénitas aparecidas en los hijos de madres que tuvieron la rubéola durante el embarazo.

Desde el punto de vista etiopatogénico, la relación de causa a efecto, establecida al principio sólo con los datos estadísticos, se ha confirmado con el aislamiento del virus de la rubéola en fetos y órganos de lactantes muertos a causa de las secuelas del síndrome rubeólico.

Del conjunto de las malformaciones congénitas atribuidas a la rubéola materna, debe destacarse la tríada: catarata o seudoretinitis pigmentaria, sordera y malformaciones cardíacas. La coexistencia de estas tres malformaciones caracteriza la etiopatogenia rubeólica, pero cada una de ellas no es específica por sí misma. Se han descrito otras malformaciones oculares (además de la catarata que es la más frecuente): microftalmías, lesiones del iris, buftalmías, etc.; otras malformaciones auditivas, sorderas cocleares y centrales, malformaciones del pabellón auditivo y atresias del conducto auditivo. Las malformaciones cardíacas son muy frecuentes, como la persistencia del agujero de Botal y del canal arterial, la comunicación interventricular e interauricular. Por lo que respecta al sistema nervioso, se han descrito anencefalias, meningoceles, agenesias del cuerpo calloso, hidrocefalias internas y externas, etc.

El predominio de algunas malformaciones encontrado en las estadísticas de los autores depende de la época en que el embrión es atacado por el virus de la rubéola, la cual determina a la vez el grado, la forma y la asociación. Así, la mayor incidencia de embriopatía rubeólica se encuentra en las infecciones del primer mes del embarazo debido a la importancia de la organogénesis en esta época.

No ocurre lo mismo en las alteraciones de tipo neuropsiquiátrico. Al contrario de lo que sucede en otras estructuras, el potencial evolutivo del sistema nervioso es constante desde la segunda semana hasta el nacimiento, por lo que puede ser lesionado en cualquier momento de la vida *in utero*.

El déficit mental, que puede abarcar desde la debilidad mental hasta la oligofrenia profunda, constituye a veces el único signo de esta embriopatía, pero generalmente se asocia con una o varias malformaciones o con una alteración neurológica, como movimientos atetósicos, comicialidad, paraplejía espástica, etc. Por supuesto debe diferenciarse esta deficiencia mental de los retrasos debidos a la sordomudez o

a las dificultades visuales. El retraso es mayor en los casos en que existe catarata que en los que existe sordera.

La vacunación contra la rubéola es eficaz y bien soportada; pero después de la pubertad el problema principal reside en la absoluta necesidad de evitar todo riesgo de embarazo en los dos meses (o tres) que siguen a la vacunación; antes de la pubertad el problema estriba en que se desconoce la duración de la inmunidad obtenida. Es importante la confirmación del diagnóstico de rubéola durante el embarazo; la comprobación mediante fraccionamiento, de inmunoglobulinas específicas en el curso de una infección rubeólica aporta la certeza diagnóstica, si su estudio se realiza lo más precozmente posible después del contagio o de las manifestaciones clínicas.

— **Enfermedad de las inclusiones citomegálicas.** — Los progresos virológicos recientes han permitido establecer que tiene una gran difusión (J. F. Elchardus y cols., 1971). En el recién nacido, y sobre todo el de bajo peso, las localizaciones encefálicas se integran habitualmente en un cuadro de tipo septicémico: cianosis, hipotermia, ictericia intensa, petequias y eventualmente equimosis, generalmente hepatosplenomegalia; a veces las localizaciones nerviosas aparecen en un cuadro menos rico, e incluso aparentemente aisladas. El cuadro neurológico comprende somnolencia, apatía e hipotonía; a veces convulsiones, crisis oculógiras, nistagmo y estrabismo. Se aprecian habitualmente anomalías craneanas, como son: microcefalia y con menor frecuencia, hidrocefalia; calcificaciones, apreciables por radiografía de cráneo, esencialmente periventriculares, aunque a veces pueden ser corticales o subcorticales. En una cuarta parte de los casos, se aprecian lesiones intensas de coriorretinitis atrófica y pigmentaria de aspecto colobomatoso; esta coriorretinitis puede desarrollarse al cabo de algunas semanas y a veces se asocia a una microftalmía. Lesiones del oído interno que pueden originar sordera. La evolución es, con frecuencia, fatal y en los sujetos que sobreviven las secuelas suelen ser importantes: la más frecuente es la oligofrenia con microcefalia y a veces hidrocefalia, espasticidad, afectación extrapiramidal, ceguera, sordera y convulsiones.

El diagnóstico sólo puede hacerse por exámenes virológicos: el descubrimiento de células con inclusiones citomegálicas (en la orina, saliva, líquido cefalorraquídeo o por punción-biopsia) o, mejor, por cultivo de virus y dosificaciones serológicas de los anticuerpos específicos. Estas últimas técnicas han permitido precisar la epidemiología: parece que el niño se contagia por vía transplacentaria con ocasión de una primoinvasión de la madre, asintomática o no específica que afectaría del 0,5 al 2% de mujeres gestantes; en la frecuencia parece ser del mismo orden en el recién nacido, pero las formas sintomáticas no afectarían más que a un recién nacido por cada 3.300.

La enfermedad de las inclusiones citomegálicas puede también ser una de las causas de encefalopatía; por fetopatía elementos característicos de ella son la microcefalia y las calcificaciones periventriculares; la afectación puede ser anterior al 6.º mes y dar lugar a malformaciones cerebrales.

— **Herpes.** — Podría imitar los efectos del virus citomegálico sobre el feto (M. A. South y cols., 1969).

Puede ser también la causa de una infección del recién nacido, adquirida casi siempre fuera del parto: meningoencefalitis con cianosis, fiebre, vómitos, hepatomegalia, coma y convulsiones; la evolución es muy grave. En algunas encefalitis necrosantes agudas del lactante y del niño se ha dado como causa el virus herpético. Algunos autores han descrito una asociación entre psicopatía y anticuerpos séricos al virus Herpes simple tipo 1 (J. F. Cleobury y cols., 1971).

Actualmente se piensa que la enfermedad sería responsable de un número importante de oligofrenias (sobre todo de las que se acompañan de microcefalia).

— **Fetopatía toxoplásmica.** — La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa producida por un protozoo, el *Toxoplasma gondii*. Los animales constituyen para el hombre la principal fuente de contaminación, que se haría fundamentalmente por el consumo de carnes mal cocidas.

Es una afección generalmente latente en el hombre, que a veces se manifiesta por signos poco específicos o bajo una forma que recuerda a la mononucleosis infecciosa. Pero el feto puede afectarse gravemente después de una toxoplasmosis materna adquirida en el curso del embarazo.

Después del estudio prospectivo realizado por J. Couvreur (1970), basado en encuestas serológicas sistemáticas, han sido encontrados 118 casos de toxoplasmosis materna; en poco más de la mitad de los casos los fetos estaban libres de contagio, mientras que un tercio estaban afectados con seguridad, siendo esta infección más a menudo latente que evidente clínicamente.

El niño puede presentar hepatosplenomegalia, ictericia, lesiones del sistema nervioso central o destrucción de ciertas zonas de la retina, que existen desde el nacimiento o aparecen algunos meses más tarde. Se describió como característico un cuadro que se manifestaba por hidrocefalia, convulsiones, coriorretinitis y calcificaciones intracraneanas.

Habiendo sido citada la ausencia de especificidad de los signos clínicos, cuando existen, el diagnóstico de la toxoplasmosis congénita sólo puede hacerse por criterios biológicos. El descubrimiento del parásito por inoculación de placenta a la rata cuando es positiva no significa necesariamente que el niño esté contaminado, aunque generalmente así es. En la práctica se recurre a los tests serológicos. La demostración en la sangre del recién nacido de inmunoglobulina M (IgM) anti-toxoplásmica, indica una infección activa del niño; este tipo de inmunoglobulina no atraviesa la placenta.

Se ha intentado el tratamiento con espiromicina, pero sus resultados en la prevención de la enfermedad en el feto son discutidos; la mejora de las técnicas de diagnóstico permite poder tratar a recién nacidos antes de la aparición de los signos clínicos o, al menos, de toda lesión irreversible.

— **Listeriosis del recién nacido.** — La infección del recién nacido por la *Listeria monocytogenes* se observa sobre todo en prematuros cuya madre ha presentado a menudo, durante algunos días o tres semanas más o menos, una infección listeriosa que puede tomar el aspecto de un estado gripal, de una infección urinaria, de trastornos digestivos o de leucorreas (M. Pommier y cols., 1971).

En el recién nacido podemos distinguir:

— una forma asintomática descubierta por examen bacteriológico de la placenta y del meconio en bebés con riesgo de infección y por el cual el riesgo de aparición de una meningitis incita a un tratamiento antibiótico inmediato (J. Laugier y cols., 1971);

— una forma precoz, con infección del feto por vía placentaria, que aparece en las primeras horas o en los primeros días; se trata de una septicemia grave, rápidamente fatal, salvo en algunos casos de instauración terapéutica muy precoz;

— una forma tardía que corresponde casi siempre a una contaminación en el curso del parto y que comienza después de un intervalo libre de 7-8 días. Se trata de una meningitis supurada del recién nacido, que puede curar gracias a un tratamiento antibiótico precoz apropiado, pero a veces con secuelas.

— **Sífilis congénita.** — En épocas anteriores se consideraba que la sífilis congénita era la causa más frecuente de oligofrenia. Las investigaciones actuales han situado esta etiología en un segundo plano.

Otras infecciones. — Probablemente otras infecciones víricas desempeñan un papel determinante en las embriopatías, pero desde el punto de vista etiopatogénico, no tenemos todavía la seguridad confirmada por los resultados estadísticos y de laboratorio.

2.º Factores tóxicos

Alcohol. — Durante mucho tiempo el alcoholismo ocupó el primer lugar entre los factores productores de retraso mental. La importancia dada por los diversos autores a esta etiología varía entre un 8 y un 50%, pero actualmente muchos investigadores dudan de la interpretación de los hechos y del papel de esta intoxicación en las oligofrenias. No está demostrado de forma segura que la embriaguez durante la fecundación o el alcoholismo crónico sean la causa directa del retraso mental. Sin embargo, parece que el porcentaje de retrasados mentales, al igual que cualquier otra tara en los niños de las parejas alcohólicas, es superior al existente en la población general.

Fármacos y drogas. — La acción nociva (para el embrión o el feto) de determinados fármacos administrados a las mujeres gestantes está condicionada, según J. Hazard:

- por la posibilidad de traspasar la barrera placentaria, en relación con su peso molecular, grado de ionización y de liposolubilidad;
- por la mayor o menor sensibilidad del niño en gestación según se encuentre en el estadio de embrión o fetal.

En efecto, muchos fármacos difunden a través de la barrera placentaria y algunos de ellos pueden provocar trastornos en el desarrollo embrionario del feto y accidentes neonatales.

No podemos abordar aquí el conjunto del problema, y sólo examinaremos sucintamente algunas contraindicaciones. Ante todo, nunca deben administrarse a la mujer embarazada fármacos cuya inocuidad no haya sido probada experimentalmente de forma segura. A este respecto, señalemos que la extrapolación, del animal al hombre, es difícil; existen diferencias no sólo entre el hombre y los animales, sino también entre los propios animales.

Durante el primer trimestre de gestación, los riesgos son considerables (aborto, embriopatía, efecto hematogénico, alteraciones cerebrales con retraso mental, etc.).

Durante el periodo fetal parece no existir ya la acción teratogénica, pero persiste el efecto tóxico, que puede producir: aborto, parto prematuro, alteración cerebral y mental, etc.

En el momento del nacimiento pueden producirse accidentes en el recién nacido (hemorragias, trastornos endocrinos, etc.).

Determinados fármacos pueden provocar retraso mental. Así, según J. Hazard, la vitamina D administrada a la mujer embarazada puede provocar calcificaciones intracraneales en el niño; las vitaminas K sintéticas y las sulfamidas, una ictericia nuclear, y las antivitaminas K, la muerte del feto o lesiones cerebrales graves por hemorragias.

Los neurolépticos y los antidepresivos corrientes no producen ni efectos teratogénos ni trastornos cerebrales graves.

Diversos trabajos efectuados para determinar si el LSD-25 tiene una acción mutagena y teratogénica han abocado a resultados contradictorios; D. I. Dishotsky y cols. (1971) han realizado una revisión crítica en la que subrayan que la frecuencia de anomalías cromosómicas era elevada en sujetos que utilizan el LSD-25 como droga y no en los que lo utilizaban puro como medicamento; esta diferencia puede estar ligada a impurezas, a otras drogas, infecciones víricas, malnutrición en el primer caso. Estos autores concluyen que el LSD-25 puro a dosis moderadas no provoca en el hombre ni alteraciones cromosómicas *in vivo*, ni anomalías genéticas detectables.

En los casos de toxicomanía materna a la morfina o a la heroína, el recién nacido puede presentar un síndrome de privación: intensa irritabilidad, temblores, vómitos, gritos particularmente agudos y trastornos respiratorios (C. Zelson y cols., 1971).

Durante el parto, los opiáceos a dosis elevadas están contraindicados, al igual que las asociaciones medicamentosas que tienen un efecto depresor importante.

3.º Las irradiaciones (embriopatía actínica)

Los estudios de L. B. Russell han demostrado, basándose en la experimentación animal, un determinado número de factores que dan lugar a embriopatía por irradiación: la edad embrionaria y las dosis de radiación son los dos factores principales. Desde los trabajos de D. P. Murphy, en 1947, está demostrado que la radioterapia puede producir malformaciones o anomalías del desarrollo craneocerebral, como la microcefalia. Pero cuando se habla de radioterapia, no se trata sólo de radiación terapéutica. También los radiodiagnósticos, cuando se repiten, pueden provocar anomalías graves (hidrocefalias, anencefalias, craneosquisis). El riesgo es mayor cuando la radiación es total y menor es el feto. Los isótopos y las desintegraciones atómicas (industriales o militares) también pueden producir graves trastornos. Entre 98 mujeres embarazadas expuestas a las radiaciones de la bomba de Nagasaki, 30 presentaron alteraciones importantes (depilación, púrpura, petequias). En 7 de ellas el embarazo terminó con un aborto o muerte fetal, en 6 casos se produjo muerte neonatal o muerte durante el primer año, y en un solo caso la muerte fue más tardía. De los 16 supervivientes, hubo 12 normales y 4 física y mentalmente retrasados.

4.º Otros factores

La oligofrenia se sigue asociando a otros síndromes malformativos como son:

- El síndrome de Seckel (microcefalia, déficit estatura-ponderal grave, nariz prominente).
- Síndrome de Prader-Willi (hipotonía y obesidad).
- Síndrome de Marinesco-Sjögren (ataxia cerebelosa, hipotonía y cataratas).
- Síndrome de Sjögren-Larsson (ictiosis y espasticidad).
- Síndrome de Menkes (proceso cerebral degenerativo grave con crisis, cabello sinuoso y parcialmente fracturado sobre todo en su longitud).
- Síndrome de Mieten (opacidad corneal, nariz pequeña, contractura en flexión de los codos).
- Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (anteversión de los orificios de la nariz y/o ptosis palpebral, sindactilia, hipospadias y criptorquidia).
- Síndrome névico de las células basales.

(Consultar el trabajo de D. W. Smith (1970), versión española: "Atlas de malformaciones somáticas en el niño", donde se encontrará una importante iconografía sobre todos los síndromes malformativos.

II. — FACTORES PERINATALES

— **Causas obstétricas.** — Desde el inicio del siglo XIX los obstetras habían observado que el parto dificultoso podía ser patógeno para el niño. W. J. Little fue el primero en escribir sobre ello.

Se puede reprochar a los trabajos de los primeros 30 años de este siglo al basarse tan sólo en diagnósticos de traumatismos obstétricos realizados *a posteriori*, durante la observación de sujetos afectados de trastornos neuropsiquiátricos; en estos casos eran desconocidos la naturaleza y la extensión exacta del traumatismo.

La metodología de las investigaciones más recientes (1930 a 1950) es mejor; puede decirse que su proceder es inverso, ya que se basa en la vigilancia de la evolución de niños que han sufrido un traumatismo obstétrico conocido. Sin embargo, los porcentajes anunciados para el retraso mental y las secuelas de todo tipo, en función de la alteración en el momento del parto, eran considerablemente divergentes (entre 10 y 89%) e incluso contradictorios, debido probablemente a que los métodos de observación posteriores eran distintos para cada autor, en los que algunos incluían la prematuridad y otros no. Además, existe otro inconveniente mayor: la ausencia de grupos de control en la mayoría de los trabajos.

En 1953, en un estudio realizado en 4.464 niños, M. Keith, M. A. Norval y A. B. Hunt no encuentran diferencias significativas en la frecuencia de las lesiones neurológicas y de las convulsiones entre el grupo de los que habían presentado un traumatismo obstétrico y un grupo de control constituido por sujetos que no habían sufrido ningún accidente.

Aunque entre los partidarios de la etiología obstétrica, unos atribuyen los trastornos a accidentes mecánicos, otros insisten más en el papel de la anoxia. En 1953, G. Tardieu y J. Trelat encontraron diferencias significativas en relación con un grupo de control, en los niños que presentaron trastornos anóxicos importantes. Estas secuelas mentales se encontraban en un 25% de los reanimados durante más de 15 minutos, y en un 22% de los reanimados menos de 15 minutos.

Cada día, la locución "traumatismo obstétrico" se toma en un sentido cada vez más amplio. Los factores que intervienen en el parto distócico y en el trauma obstétrico son innumerables, y todos pueden, de una forma u otra, influir en la alteración cerebral y el retraso mental (trabajo de parto largo, parto demasiado rápido, mala presentación, utilización de fórceps o de vacuum, asfixia, anoxia, inhalación de líquido amniótico, compresión del cordón, colapso circulatorio, trombosis, isquemia, hemorragia, congestión, edema, acidosis, etc.). Sin embargo, los trabajos actuales siguen generalmente centrados sobre un solo grupo de factores. Subrayemos que la cesárea no implica necesariamente ausencia de traumatismo obstétrico, sobre todo cuando se practica en niños que presentan ya signos de sufrimiento.

De los trabajos de C. M. Drillien, se deduce que las complicaciones del trabajo de parto y del parto se encuentran con más frecuencia en los casos de limitación mental acompañados de epilepsia con o sin trastornos motores. Pero, como en más de la mitad de este grupo compuesto se encuentran anomalías congénitas que pueden haber surgido en una fase precoz de la gestación, este autor cree que en muchos casos el cuadro total de limitación se debe a una malformación del desarrollo asociada a una perturbación fisiológica en la madre, traducida por infertilidad materna, prematuridad y posmadurez, y por dificultades durante el trabajo y el parto. En niños con deficiencia mental, sin otro defecto y procedentes de hogares adecuados, C. M. Drillien encuentra una frecuencia creciente de nacidos con poco peso, parto

prematureo, complicaciones del embarazo y esterilidad materna, pero nunca complicaciones del parto.

En un estudio prospectivo, H. F. R. Pretchl definió la complicación obstétrica como todo factor o grupo de factores, en el círculo prenatal o perinatal, que aumenta el riesgo de mortalidad fetal: síntomas de enfermedad materna durante el embarazo, signos de sufrimiento fetal e intervención mecánica. Estos factores rara vez son independientes los unos de los otros, estando casi siempre en relación causal. Por ejemplo, la toxemia materna puede llevar a una situación de peligro fetal perinatal, que a su vez originará una extracción instrumental; la toxemia tiene una tendencia acentuada a producirse asociada con un gran número de otras anomalías. En esta línea, H. F. R. Pretchl encuentra en 1378 recién nacidos un número de respuestas neurológicas óptimo en relación inversa con el número de anomalías obstétricas, utilizando un examen neurológico, que según había demostrado anteriormente poseía cierto valor pronóstico. Según C. M. Drillien, las complicaciones que pueden producir una hipoxia hacia el final del embarazo, como son la eclampsia y la hemorragia antepartum, no la originarían, salvo en los casos en que se asocian a peso bajo en el nacimiento. Pero sabemos que la toxemia gravídica es una causa de interrupción prematura del embarazo.

En numerosos estudios recientes, citados por A. H. Parmelee y R. Michaelis, aparece un elevado porcentaje de niños con complicaciones perinatales, con funciones normales, sino en las primeras semanas de vida, al menos en los primeros años. No se conoce si estos niños habrían curado completamente sus alteraciones cerebrales neonatales o si estaban compensando lesiones cerebrales permanentes.

H. Bakwin y R. Morris Bakwin creen que la anoxia del nacimiento raramente es causa de retraso mental. Coinciden con L. S. Penrose en que la lesión del nacimiento representa como máximo un 1% de la etiología del conjunto de los sujetos que sufren un retraso mental. Por su parte, T. A. Harper opina que "si existe una relación directa entre la anoxia y la lesión cerebral (en el nacimiento), ésta no es muy notable" y que el número de niños observados en los trabajos (publicados) no es suficiente para establecer su existencia.

Para tener una idea de la importancia del traumatismo obstétrico y de sus diferentes factores en el retraso mental, creemos que el estudio debería hacerse en la familia, el embarazo y el parto, de importantes grupos de mujeres (a cargo de servicios equipados para la investigación) y después de su hijo, desde el nacimiento hasta la edad preescolar.

Parece muy probable, como dice C. Amiel-Tison, que el sufrimiento fetal de larga duración, cualquiera que sea su causa, origina una alteración permanente grave; por otro lado el trauma obstétrico, al causar un sufrimiento agudo, aunque breve, puede originar una alteración cerebral, cuya curación completa sólo es posible si el niño no presenta *status epilepticus*.

III. — FACTORES POSNATALES PRECOCES

Los factores posnatales precoces, infecciosos o metabólicos, pueden ser también una causa importante de oligofrenia.

a) *Entre los factores infecciosos, estudiaremos particularmente:*

— *Meningitis del recién nacido.* — La sintomatología meníngea y la hipertermia no aparecen en primer plano, siendo característicos las alteraciones generales, sobre todo digestivas (diarrea y vómitos) y nerviosas (torpeza, agitación y convulsiones). La

punción lumbar permite hacer el diagnóstico y los exámenes bacteriológicos determinar su naturaleza (la mayor frecuencia es para los gérmenes intestinales y entereptococos del grupo B). En estos últimos años se ha insistido en la infección del recién nacido producida por la *Listeria monocytogenes* (véase pág. 515). La meningitis del recién nacido es grave, con un 60% de mortalidad aproximada, y puede originar secuelas neuropsíquicas importantes. Entre las infecciones virales del recién nacido recordaremos sobre todo las inclusiones citomegálicas y el herpes (véase pág. 514).

b) Entre los factores metabólicos citaremos la hipoglucemia y la hiperbilirrubinemia.

— *La hiperbilirrubinemia*. — Con el término *ictericia nuclear* se denominan las alteraciones cerebrales y medulares que se pueden encontrar durante algunas ictericias del recién nacido; su nombre procede del núcleo de coloración amarilla encontrado en determinadas regiones del cerebro; siendo las localizaciones más corrientes los ganglios de la base, la médula y la corteza cerebral.

El síndrome clínico aparece poco después de la ictericia; el signo esencial es una hipertonía que se inicia con una hiperextensión de la cabeza y que puede llegar hasta el opistótonos. También pueden observarse movimientos anormales de los globos oculares, trastornos de la deglución y, a veces, convulsiones.

La muerte es el final más frecuente; los supervivientes tienen secuelas que se manifiestan, a veces, después de un intervalo libre; clásicamente son la atetosis, sordera y oligofrenia y, con menos frecuencia, ataxia, epilepsia y hemiplejía.

La incompatibilidad fetomaterna en el sistema Rhesus parecía ser la causa más frecuente, pero se ha demostrado que la ictericia nuclear puede aparecer cuando el nivel de bilirrubina del suero del lactante sobrepasa los 20 mg., por 100 cm³, sea cual sea su causa. La bilirrubina libre "indirecta", no conjugada, sería la sustancia neurotóxica. Así, también puede aparecer ictericia nuclear en la incompatibilidad en el sistema ABO o en una sensibilización a uno de los factores de los grupos sanguíneos más raros, en las hepatitis, las infecciones neonatales, o también en los prematuros (por inmadurez funcional del hígado). La vitamina K sintética y las sulfamidas pueden favorecer su aparición.

En el caso de incompatibilidad Rh (madre Rh—, padre Rh+), la enfermedad hemolítica del recién nacido aparece cuando la madre ha sido sensibilizada por embarazos o abortos anteriores, o también por transfusiones de sangre Rh+, pero debe reconocerse que una elevada proporción de mujeres Rh— son inaptas para la formación de anticuerpos Rh+.

Actualmente, la aparición de la enfermedad hemolítica del recién nacido puede preverse mediante los exámenes durante el embarazo, y pueden tomarse todas las precauciones para determinar desde el nacimiento, por medio de un examen hematológico y serológico, el diagnóstico de la enfermedad hemolítica del recién nacido. De esta forma pueden practicarse exsanguinotransfusiones precoces que, en la mayoría de los casos, evitarán la ictericia nuclear.

En el caso de que las aglutininas se eleven de modo inquietante durante el embarazo, algunos autores estiman que puede hacerse una punción amniótica, para valorar la tasa de bilirrubina amniótica, y considerar en algunos casos, la posibilidad de efectuar una extracción prematura o una transfusión intrauterina.

Más satisfactoria es aún la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido; la inmunización primaria contra el factor antigénico Rh puede evitarse mediante la inyección, en las 48 horas que siguen al parto, de inmunoglobulina humana (IgG) anti-D (anti-Rh₀). Esta inmunoglobulina permite eliminar de la circu-

lación materna los glóbulos rojos fetales y evitar así la producción de anticuerpos anti-Rh.

II. — LESIONES CEREBRALES ADQUIRIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA

Las lesiones del sistema nervioso central producen varios tipos de cambios psíquicos que pueden ser distintos según la edad y la fase de la enfermedad (fase aguda o período crónico de secuelas). Algunos trastornos debidos a lesión encefálica son progresivos, mientras otros pueden manifestarse después de un intervalo libre. La mayoría de estos trastornos están en relación con una afección adquirida, pero otros no son más que la expresión tardía de un trastorno del metabolismo preexistente o de un trastorno genético.

Esquemáticamente, pueden describirse algunas características generales de los trastornos agudos y crónicos.

Los *trastornos agudos* forman parte de la sintomatología de lo que se llama "manifestaciones psicológicas de origen exógeno" en el sentido de Bonhoffer, o de lo que se denomina "síndrome psicoorgánico" de M. Bleuler. Con toda razón G. Bollea piensa que es necesario tener en cuenta en el niño la reacción cronógena, es decir una reacción fenomenológicamente unida a los factores temporales, pues la reactividad y la vulnerabilidad local del cerebro están unidas esencialmente a su grado de maduración. Por otra parte, algunos grupos de enfermedades presentan una electividad anatomopatológica particular que condiciona en parte el cuadro psicopatológico agudo. Por otro lado, la personalidad premórbida y el ambiente familiar en que se desarrolla el cuadro pueden representar un papel importante.

Se caracterizan frecuentemente:

- por alteraciones confusionales, con modificación del nivel de conciencia, de modo permanente o fluctuante, que se acompañan a veces de componentes oníricos; el niño puede presentar en este caso fenómenos ilusorios sobre los objetos que le rodean, con un desconocimiento más o menos completo de su entorno, y fabulación, acompañándose a veces del mismo modo de sensaciones de modificación corporal o del entorno (despersonalización, desrealización); a menudo se encuentra desorientado, describiendo escenas vividas e imaginarias;

- por trastornos tímicos, angustia, estado depresivo o hipertímico;

- por discordancias del pensamiento con o sin síndrome delirante;

- por una especie de afectación psicomotora de tipo oposicional, con rechazo de los alimentos, o del tipo de síndromes verdaderamente catálepticos o catatónicos;

- por trastornos del comportamiento de aspecto polimórfico.

Todas estas formas pueden acompañarse de convulsiones.

Los *trastornos crónicos* o residuales pueden caracterizarse por la alteración de la esfera intelectual (pérdida del adelanto por incapacidad de retención, por incapacidad de aprendizaje), auténtica regresión más o menos profunda por afectación de las esferas ideicas, por la presencia de trastornos de la atención, de la distracción, o también por una alteración de las esferas emocionales y afectivas (labilidad emocional, impulsividad, trastornos de la conducta y de los instintos). Los trastornos psicopatológicos se acompañan generalmente de trastornos neurológicos (hipocinesia, hiperkinesia, etc.).

Antes de analizar los trastornos psicológicos debidos a las distintas formas etioló-

gicas, cuyos cuadros clínicos corresponden no solamente a los factores etiológicos propiamente dichos, sino que en ellos la patogenia está en relación con características evolutivas, cuantitativas, cualitativas o topográficas; creemos importante examinar algunas formas de regresión que han sido descritas con el nombre de demencias infantiles, y cuya individualización, como forma particular, debería revisarse.

El propio término *demencia* debe ser discutido. En el adulto, consiste en una disminución de las capacidades adquiridas. En el niño, algunos autores emplean indistintamente los términos oligofrenia o demencia. Creemos que es mejor emplear el término "oligofrenia" para toda deficiencia mental congénita o adquirida antes de los 3 años, y denominar "demencia" a los trastornos deficitarios adquiridos después de los 3 años. G. Heuyer admite el límite de 3 años, ya que, según él, representa la época en la que un sujeto normal alcanza su madurez psicomotora.

En 1909, T. Heller aisló una enfermedad caracterizada por un deterioro mental progresivo, regresión del lenguaje con evolución rápida hacia una afasia y estados de agitación transitorios. La evolución de esta afección, que se inicia hacia los 3-4 años, no comportaba trastornos neurológicos, especialmente de tipo parético, ni cambios de la mímica, las facciones permanecen expresivas y la mirada vivaz. En 1916, S. de Sanctis, basándose en 7 observaciones personales, describe el síndrome aparético-afásico que se caracteriza por un debilitamiento progresivo con inestabilidad, agitación psicomotriz, trastornos de la atención, disminución progresiva del vocabulario, ausencia de trastornos paréticos y mirada vivaz. F. Kramer y H. Polnow, con el nombre de "enfermedad hipercinética", describen un síndrome que aparece entre los 3 y 5 años, después de un episodio febril agudo, y que se caracteriza por trastornos del lenguaje que regresan, hipercinesia continua, rápida e impulsiva, sin sintomatología neurológica apreciable y déficit intelectual moderado.

Es difícil otorgar una originalidad a estas distintas formas cuya etiología es probablemente variada. Quizá podrían incluirse en un grupo (como hace G. Corberi, con el nombre de *regressio mentis infanto-juvenilis*) de patogenia diversa. Muchos casos han sido publicados sin examen anatómico, y en los casos en que se ha realizado, el diagnóstico etiológico ha demostrado una esclerosis tuberosa, una degeneración lipoidea del tipo de la idiocia amaurotica, pero sin amaurosis, etc. Otros casos entran en el grupo, por otra parte difícil de definir, de la demencia precocísima o de la esquizofrenia infantil. C. E. Banda, que distingue la sintomatología del autismo infantil de la enfermedad de Heller, considera que esta última se debe a varios mecanismos: encefalíticos, metabólicos, etc.

En este capítulo estudiaremos las enfermedades con lesiones conocidas, etiología más o menos manifiesta y patogenia discutida. Analizaremos sucesivamente los trastornos mentales consecutivos a *encefalitis*, *enfermedades heterodegenerativas*, *intoxicaciones*, *traumatismos craneales*, *tumores cerebrales* y, por último, la *epilepsia*.

A. — TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENCEFALITIS

I. — MENINGITIS VÍRICAS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS

Forman parte de este grupo las meningoencefalitis no supuradas y las meningitis supuradas.

Meningitis no supuradas. — Entre las formas agudas de las meningoencefalitis víricas se encuentran muchas de las llamadas *meningitis linfocitarias*, cuya etiología es muy diversa y el origen vírico muy variado, por lo cual tiene una gran importancia la identificación del agente causal y las pruebas humores y serológicas. Entran en este grupo la coriomeningitis linfocitaria, la coriomeningitis pseudolinfocitaria, las meningitis debidas a Coxsackie, virus herpético, de la parotiditis, poliomiélicas y gripales; las linforreticulosis benignas (enfermedad del arañazo de gato), la mononucleosis infecciosa, la linfocitosis aguda infecciosa, la uveítis, la leptospirosis y la toxoplasmosis. Estas infecciones pueden producir un síndrome meníngeo simple o un síndrome meningoencefálico.

Meningitis supuradas. — Las meningitis supuradas son producidas sobre todo por los meningococos, neumococos o *Haemophilus influenzae* (bacilo de Pfeiffer). Se caracterizan por la asociación de un síndrome meníngeo y un síndrome infeccioso que se confirma por la punción lumbar. Aunque su mortalidad general ha disminuido considerablemente con el empleo de los antibióticos y los corticoides, las secuelas son importantes (del orden del 5-10%. P. Mozziconacci, 1971). Las secuelas pueden ser sensoriales, ceguera o sordera, esta última es más grave porque puede ocasionar mudéz cuando el niño es muy pequeño, o neurológicas, convulsiones, trastornos de la esfera intelectual (oligofrenia) o del comportamiento (trastornos del carácter).

II. — MENINGOENCEFALITIS SUBAGUDAS Y CRÓNICAS

Distinguiremos dos formas: la meningoencefalitis de predominio basilar y cisternal (meningoencefalitis tuberculosa) y la de predominio cortical, con lesión de algunos núcleos centrales (parálisis general).

Meningitis tuberculosa. — Los trastornos psíquicos forman parte del cuadro de la meningitis tuberculosa en el niño. Aparecen ya en la fase prodrómica y se caracterizan por cambios de carácter: el niño se vuelve gruñón, irritable, agitado; y por disminución del rendimiento escolar. En la fase meníngea aparecen cambios del nivel de conciencia, síndrome confusional con ansiedad, acompañado o no de onirismo. El tratamiento específico ha modificado completamente el pronóstico de la meningitis tuberculosa. Según J. Fouquet, el retraso intelectual se encuentra con mucha frecuencia y es profundo en un 5% de los casos; las formas graves de oligofrenia se observan sobre todo en los niños afectados durante los 3 primeros años. Aparte del retraso intelectual pueden presentarse cuadros parecidos a la hipomanía, y sobre todo cuadros depresivos. En la estadística de P. Denys, la epilepsia se encuentra en un 4% de los casos. Junto a estos trastornos mayores se encuentran, como señala H. Danon-Boileau, trastornos del carácter y de la conducta que, si bien por una parte tienen relación con la afección, por otra están en relación con la enfermedad como tal y el contexto psicológico que ella implica, separación o actitud de hiperprotección. Los tratamientos administrados en la meningitis tuberculosa plantean también problemas psiquiátricos; la estreptomycin es muy tóxica para el octavo par craneal (sobre todo la dihidroestreptomycin) y produce sordera, que a esta edad precoz ocasiona sordomudez. Según H. Danon-Boileau, pueden existir trastornos del lenguaje y en particular de la expresión en ausencia de sordera en los niños afectados antes de los 4 años. Ya se conocen, además, los trastornos confusionales, estados de excitación y depresión producidos por la isoniácida, cicloserina y etionamidas.

Meningoencefalitis sifilítica. — Es una poliencefalitis de predominio telencefálico. La parálisis general se llama infantil cuando se produce en sujetos menores de 13 años.

Esta afección, actualmente excepcional, era ya muy rara antiguamente. Según J. Dévallet la enfermedad puede aparecer en niños con desarrollo físico e intelectual normal desde el principio, o bien se produce en oligofrénicos congénitos. También puede evolucionar en dos tiempos: uno de oligofrenia en relación con una meningoencefalitis iniciada en la primera infancia que no evoluciona, y otro de progresión demencial continua. La afección se manifiesta generalmente por síntomas psíquicos: cambios de carácter, detención de los progresos escolares, pero según J. Dévallet, también puede iniciarse por diversos trastornos neurológicos como ictus, en especial ictus epileptiformes. En la fase de estado la parálisis general se caracteriza por un estado demencial puro, global y simple, en el cual los estados de excitación y de depresión son raros, y las ideas delirantes excepcionales. Se ha diferenciado una forma masiva de evolución posterior lentamente progresiva y una forma continua, evolutiva. El síndrome neurológico y humoral se parece al del adulto. El resultado de las terapéuticas antisifilíticas es en conjunto decepcionante.

III. — ENCEFALITIS PRIMITIVA

En el grupo de las encefalitis primitivas pueden distinguirse dos tipos: las encefalitis plurifocales y las encefalitis primitivas difusas.

1.º — Encefalitis plurifocales

Tres enfermedades: la poliomiелitis aguda, la rabia y la encefalitis epidémica tipo A de Economo, tienen características histopatológicas comunes. Según J. Radermecker, en estos casos existe sobre todo una encefalitis, y las reacciones meníngeas están en segundo lugar. Las tres afectan la sustancia gris, produciendo reacciones micrógicas intensas. Junto a las lesiones corticales, se encuentran, en las tres, alteraciones del diencéfalo y del mesencéfalo.

Poliomiелitis. — Aunque clásicamente la enfermedad de Heine-Medin se caracteriza por la alteración medular, está demostrado que la poliomiелitis puede afectar al sistema nervioso suprasegmentario. Según S. Thieffry, los trastornos del nivel de conciencia son frecuentes ya en la fase inicial de muchos poliomiелíticos comunes, y la somnolencia y el estupor forman parte de esta sintomatología. Pero, por otra parte, existen verdaderas formas encefalíticas caracterizadas por contracturas tónicas, clonías, síndrome de tipo parkinsoniano transitorio o, más raramente, duradero. S. Thieffry describe síndromes de hipotonía extrema con conservación de los reflejos y acompañados a veces de mutismo aquinético. En los casos de poliomiелitis, la participación encefalítica puede evidenciarse mediante el E. E. G., como ha demostrado J. Radermecker, que insiste, además, en el hecho de que las anomalías focales y los potenciales comiciales no parecen existir o, en todo caso, son muy raros.

Rabia. — En la encefalitis de la rabia es característica la forma excitomotora. Se manifiesta por reacciones de subexcitación y de agresividad que se acompañan a veces de alucinaciones sensoriales, sobre todo olfatorias, y más raramente visuales. Según H. Gastaut, los ataques de furor observados en la rabia dependen de las lesiones hipocámpicas habituales.

Encefalitis de Economo. — La encefalitis de Economo apareció bruscamente en 1917; alcanzó su apogeo en 1920, se produjo un nuevo brote en 1924 y desapareció prácticamente a partir de 1929.

La enfermedad se iniciaba por una afección de tipo gripal con cefaleas y vértigos, a los cuales se asociaban trastornos del ritmo nictameral y a veces un estado anormal de fatiga o excitación. El estado letárgico, que ha dado su nombre a la enfermedad, era de intensidad variable, pudiéndose tratar de una hipersomnia simple, sin confusión ni desorientación. La enfermedad se acompaña generalmente de trastornos oculares y de síntomas neurológicos variados, parestias, movimientos anormales, de los cuales destacan dos tipos: las mioclonías y las algias. La encefalitis epidémica en el niño se presentaba generalmente bajo forma aguda con trastornos vegetativos importantes y podía ocasionar la muerte por trastornos respiratorios o de la deglución. Era tanto más grave cuanto más pequeño era el niño. La convalecencia era larga y se acompañaba de trastornos del sueño. Los trastornos postencefalíticos eran relativamente frecuentes. Los trastornos distónicos y los síndromes parkinsonianos eran más raros que en el adulto, pero se han descrito alteraciones neuroendocrinas, como síndromes de Babinski-Fröhlich, diabetes insípida y pubertad precoz.

Los trastornos mentales postencefalíticos no son raros. Han sido objeto de varios trabajos, en particular el de G. Heuyer, en Francia, y los de numerosos autores cuyos trabajos son referidos en la tesis de A. Combes-Hamelle. Este autor admite que no existe demencia postencefalítica infantil ni regresión intelectual cuando la encefalitis aparece después de los 10 años. Cuando la encefalitis se produce antes de los 10 años, puede producirse un entecimiento del desarrollo intelectual, y el retraso será tanto mayor cuanto más pequeño sea el niño afectado. Por otra parte, a menudo existe una desproporción entre el cociente intelectual y el cociente escolar, estando este último mucho más afectado, debido a la enfermedad misma y a sus consecuencias: escolaridad irregular y trastornos del carácter. Los trastornos de la conducta son diversos; en estos niños puede encontrarse: inestabilidad, falta de atención, impulsividad y tendencias antisociales o perversas (fugas, violencia, desobediencia, perversiones sexuales). Pero lo que destaca sobre todo de estos trabajos es que los trastornos mentales de origen encefalítico no son proporcionales ni a la gravedad del episodio agudo inicial, ni a la importancia de los signos neurológicos asociados. Parece que, en general, los trastornos son tanto mayores cuanto más precozmente aparece la encefalitis, y, por otra parte, esta enfermedad puede agravar las conductas o las tendencias perversas preexistentes.

2.º Encefalitis difusas

Existen varios tipos: las encefalitis de predominio cortical generalizado con componentes de localizaciones centrales variables, las encefalitis víricas de predominio corticobasal y de tendencia necrosante, y las encefalitis de predominio axil (leucoencefalitis).

— **Encefalitis de predominio cortical generalizado.** — Se han descrito: la encefalitis japonesa B, las encefalomielitis equinas americanas, orientales y occidentales, y la encefalitis de Saint-Louis, la encefalitis rusa estivo-invernal por garrapatas y las encefalitis de Europa central transmitidas por artrópodos.

La encefalomielitis equina occidental y la de Saint-Louis (transmitidas por los mosquitos) afectan con frecuencia a los niños. Se acompañan constantemente de fiebre y postración, casi siempre de convulsiones en los niños menores de 1 año y en

un tercio de los casos en los niños de 1 a 4 años. En ambos se observa agitación e irritabilidad. Los niños mayores presentan generalmente cefaleas, vómitos y rigidez de nuca. En los niños de 5 a 14 años, las cefaleas, la fiebre y la postración ocupan un primer plano, pero sólo un 10% de ellos tienen convulsiones.

Las encefalitis de Europa central transmitidas por artrópodos, se manifiestan por signos de encefalomiелitis y, aunque las formas bulbospinales son muy graves, existen formas encefalíticas confusionales que pueden evolucionar hacia la curación sin secuelas.

— *Encefalitis corticobasales, víricas, necrosantes.* — La encefalitis herpética es la más frecuente. Se inicia brutal y rápidamente, la temperatura asciende a 40°, con cefaleas, trastornos neurológicos y psiquiátricos: frecuentes crisis de epilepsia, alucinaciones visuales pero sobre todo olfativas y gustativas. Después de algunos días se instala el coma, que es a veces sustituido por un estado demencial con agitación aguda, que evoluciona hacia la muerte en los 2/3 de los casos. La curación cuando sobreviene, deja a menudo graves secuelas: crisis comiciales, trastornos del lenguaje; desaparición de un campo visual, cuadriplejía, alucinaciones, trastornos del comportamiento con estado demencial extremo y alteraciones mnésicas.

La desoxiuridina —terapéutica antiviral— da aún resultados inciertos y no está desprovista de toxicidad.

— *Encefalitis de predominio axil.* — Las encefalitis de predominio axil son leucoencefalitis. Se caracterizan por la alteración difusa y grave de la sustancia blanca, por lo que se las agrupa en el cuadro de las leucoencefalitis. Se pueden distinguir dos grupos: las leucoencefalitis por parásitos conocidos (tripanosomiasis) y las leucoencefalitis subagudas.

— *La tripanosomiasis* se manifiesta, desde el período de invasión, por trastornos psíquicos —astenia, irritabilidad, trastornos de la conducta— y, en el período de estado, por trastornos del sueño y síndrome excitomotor.

Encefalitis subagudas. Leucoencefalitis subaguda esclerosante de Van Bogaert. — Se consideran actualmente como representantes de una misma enfermedad, la encefalitis subaguda de inclusiones tipo Dawson, la panencefalitis de Pette-Döring y la forma más interesante por lo que al niño respecta, que es la leucoencefalitis subaguda esclerosante de Van Bogaert. Según F. Lhermitte aparece en niños, desde los 2 años y medio hasta los 14 y se caracteriza por un cuadro de evolución progresiva y subaguda, que conduce a la muerte en algunos meses. Se observa en estos niños una disolución de las facultades intelectuales, con grave y rápida afectación de todas las funciones psíquicas, originando habitualmente un síndrome apraxo-agnósico-afásico y abocando a un deterioro total. Este cuadro se acompaña de crisis epilépticas asociadas a hipercinesias complejas de tipo variado, del desarrollo de una hipertonia de decorticación, de signos piramidales inconstantes, evolucionando hacia la caquexia. Los únicos resultados biológicos de gran valor son el aumento de las inmunoglobulinas séricas y especialmente de las IgD con aumento del título de anticuerpos anti-mórbidos, y en el líquido cefalorraquídeo las mismas anomalías inmunológicas aún más precisas. El E. E. G., aparece con varias ondas puntiagudas seguidas de ondas lentas de alto voltaje, con una duración de 1 a 2 segundos, recordando el conjunto una M o una W, con una periodicidad de estos elementos a intervalos de 4 a 30 segundos. Por sus características histopatológicas, la leucoencefalitis de Van Bogaert

se aproxima a algunas encefalitis producidas por virus; existen una serie de argumentos que apuntan hacia el papel que representa un mixovirus vecino al del sarampión e incluso hacia este mismo virus.

IV. — ENCEFALITIS POSTINFECCIOSAS

Las encefalitis consecutivas a enfermedades infecciosas conocidas son relativamente frecuentes. Deben distinguirse las complicaciones neurológicas de las enfermedades infecciosas eruptivas que presentan una cierta unidad anatómica, de las complicaciones neurológicas de las enfermedades no eruptivas cuya patogenia es diversa.

1.º *Complicaciones neurológicas de las enfermedades eruptivas*

Entran en el grupo de las complicaciones neurológicas de las enfermedades eruptivas: las encefalitis postinfecciosas de la vacuna, sarampión, rubéola, varicela, viruela y escarlatina. La anatomía patológica de estas encefalitis se caracteriza por focos perivenosos de desmielinización e infiltración micróglica diseminados por el sistema nervioso central, pero predominando en la sustancia blanca. Las células nerviosas situadas en las zonas infiltrativas sólo presentan lesiones discretas; los cambios anatómicos no parecen en relación con la acción directa del virus que causa la enfermedad. Algunos autores piensan que podría tratarse de un virus neurotrópico único que sería activado por la enfermedad de base, pero no se ha podido demostrar su existencia. Por otra parte, se ha supuesto la acción de toxinas con propiedades líticas sobre la mielina, reacciones alérgicas y, finalmente, la aparición de anticuerpos con capacidad mielínolítica. Así, según L. van Bogaert y F. Lhermitte, la encefalitis perivenosa tendría la significación de una reacción alérgica del tejido nervioso frente a los alérgenos de origen infeccioso. Esta encefalitis sería una reacción del ectodermo neural equivalente al exantema, del cual se admite generalmente que es la expresión de un proceso de sensibilización.

Algunas características generales son comunes a este tipo de encefalitis. Se producen en el curso de enfermedades eruptivas específicas; la afectación neurológica aparece en un momento relativamente fijo de su evolución; no existe ninguna relación entre la gravedad de la enfermedad originaria y la frecuencia de las complicaciones neurológicas; la encefalomiелitis afecta generalmente a los niños, en particular entre los 6 y 10 años. La sintomatología de la encefalomiелitis de las enfermedades eruptivas es proteiforme. Puede presentarse en forma de una encefalitis de evolución sobreaguda, de muy mal pronóstico, o de una encefalomiелitis diseminada, aguda, de sintomatología variable. Evoluciona hacia la muerte entre el cuarto y el décimo días por afectación bulbar, o bien hacia la mejoría entre el decimoquinto día y el segundo mes; la frecuencia de las secuelas es variable. Por otra parte, existen formas de predominio regional que se manifiestan en forma de ataxia aguda o de miелitis. A veces se trata de formas de tipo encefalítico con trastornos psíquicos prevalentes, confusión mental, síndrome de excitación, crisis convulsivas, síndrome parético o alteración de pares craneales. El pronóstico de estas afecciones es grave y conducen a la muerte en un 20% de los casos aproximadamente. Alrededor del 15 al 20% de los casos, la encefalitis deja secuelas que son de ordinario definitivas y no evolutivas.

En realidad, durante el transcurso de una enfermedad eruptiva, en los tres primeros años de vida y sobre todo en el lactante, puede ocurrir otro tipo de accidente cerebral: alteraciones hemodinámicas y trastornos de la permeabilidad vascular, cuya traducción clínica habitual es la encefalitis convulsivante (S. Thieffry).

La encefalitis vacunal es el tema central a partir del que se han abordado todas las discusiones fisiopatogénicas. Actualmente se admite que es preciso distinguir esquemáticamente dos tipos (D. Graveleau, J. Velin, 1970; S. Thieffry, 1971): encefalitis verdadera o encefalitis del niño de más de 2 años y encefalitis circulatoria difusa del lactante.

La encefalitis vacunal clásica aparece entre el 7.º y el 14.º días (fechas límites: 3.º-18.º), con un brote febril, vómitos, alteraciones de la conciencia y manifestaciones convulsivas. Casi al mismo tiempo el cuadro clínico se caracteriza por signos de sufrimiento cerebral difuso. La muerte puede acaecer en algunas horas, a veces el cuadro neurológico puede desvanecerse del mismo modo que apareció, con una brusquedad sorprendente o bien de un modo progresivo en unas ocho horas. Las secuelas son importantes.

La encefalopatía aguda convulsivante del lactante aparece hacia el 9.º día, con un coma profundo inmediato y crisis convulsivas subintrantes, sintomatología neurológica menos rica y trastornos respiratorios y circulatorios. Es a menudo mortal o deja graves secuelas neuropsíquicas.

S. Thieffry (1971) indica que en las estadísticas detalladas en las que pueden aislarse las formas del lactante, aparece la gravedad particular de estas últimas (50% de mortalidad antes del año) lo que confirma la gravedad excepcional de la encefalopatía circulatoria, que apenas deja posibilidades de supervivencia o de curación.

Todas las estadísticas demuestran un aumento en la frecuencia de la encefalitis, cuando la primovacuna se ha realizado después de los 4 años. Antes de esta edad hay diferencias entre las estadísticas de los diferentes países, que tal vez se expliquen por diferencias en la apreciación clínica del diagnóstico de encefalitis.

En un extenso estudio (en 1966, en los Estados Unidos) sobre las complicaciones de la vacunación antivariólica, la frecuencia de la "encefalitis" posvacunal era un poco más elevada en el primer año que en el segundo. Todos los casos en lactantes ocurrían entre el 6.º y el 12.º meses (hay que subrayar que la vacunación en los Estados Unidos rara vez se realiza antes). Desde entonces la práctica usual en América del Norte y en parte de Europa consiste en vacunar durante el segundo año (informe de la O. M. S., 1972). Estudios comparativos sobre la frecuencia de las complicaciones entre los vacunados a los 6-12 meses y los vacunados en el nacimiento o en los primeros meses, permitirán juzgar si la vacunación en los primeros meses de la vida, como generalmente se recomienda en Francia, es la más segura.

La encefalitis del sarampión aparece preferentemente entre el cuarto y el sexto días después del exantema. El aspecto clínico más frecuente es el de la encefalomielitis aguda diseminada. Aunque la mortalidad es bastante baja, las secuelas, por el contrario (40 a 60%), son muy frecuentes: trastornos neurológicos, crisis epilépticas o trastornos psíquicos.

La encefalitis de la varicela puede preceder a la erupción, pero generalmente aparece entre el tercero y el sexto días, a veces se observan apariciones más tardías (vigésimo día). La afección se inicia generalmente por trastornos del comportamiento en forma de apatía; el cuadro clínico es extraordinariamente variado; puede tomar la forma meningítica o meningoencefálica y, con frecuencia, la forma ataxocerebelosa

o coreica. Estas manifestaciones pueden unirse a un estado subconfusional. La evolución es generalmente favorable, pero en algunas estadísticas se señalan un 10% de mortalidad y un 13% de secuelas.

La encefalitis de la rubéola aparece generalmente hacia el tercer o cuarto día de la erupción y se manifiesta por un cuadro meningoencefálico en el cual predomina la sintomatología meníngea. Clásicamente se admite que su pronóstico en conjunto es favorable.

Encefalitis de la viruela. Globalmente, la viruela es una enfermedad rara. Por las epidemias recientes se conoce que la meningoencefalitis de la viruela puede ser mortal.

La encefalitis de la escarlatina aparece generalmente durante las dos primeras semanas de la enfermedad o a veces, más tarde, durante el segundo brote, al mismo tiempo que el síndrome tardío. No se poseen datos precisos sobre el índice de mortalidad y sus secuelas. La existencia de esta encefalitis es negada por algunos autores.

2.º Complicaciones neurológicas de las enfermedades no eruptivas

Aunque algunas de estas afecciones se han considerado que forman parte del grupo de la encefalitis perivenosa, *encefalitis gripal* y de la *parotiditis*, las complicaciones neuropsiquiátricas de otras se hacen depender de la acción de una endotoxina, de trastornos hemodinámicos, de procesos anóxicos o de tromboflebitis de las venas cerebrales. Por otra parte, es evidente que deben separarse claramente las encefalitis perivenosas de los trastornos descritos con el nombre de "síndrome maligno", o de los accidentes que se designan con el término de púrpura cerebral y encefalitis hemorrágica, que constituyen procesos de tipo circulatorio o hemodinámico. Sin embargo, podría pensarse que algunas manifestaciones hemodinámicas parainfecciosas se deben a mecanismos alérgicos. Así, se plantea el problema de saber si procesos tan dispares como los accidentes hemodinámicos y la encefalitis perivenosa, no se deben en realidad a un mismo mecanismo fundamental, es decir, si no representan dos formas de reacción del organismo frente a una misma enfermedad.

La encefalitis de la tos ferina aparece generalmente alrededor de la cuarta semana de la aparición de los accesos de tos y es tanto más frecuente cuanto más grave, con accesos de tos frecuentes o complicada con bronconeumonía. La sintomatología es variada, puede caracterizarse por convulsiones, síndrome hipertérmico con palidez, trastornos de la conciencia y neurológicos —paresias, trastornos del lenguaje, afecciones sensoriales, etc.—. El pronóstico es muy reservado y las secuelas son sobre todo frecuentes cuando la afección ocurre antes de los dos años. Se caracterizan por la persistencia de la sintomatología neurológica, crisis comiciales o retraso mental. Cuando la enfermedad se produce en niños vacunados es, generalmente, benigna. Los trastornos están en relación, sobre todo, con perturbaciones de tipo hemodinámico.

Encefalitis tífica — Las alteraciones de la conciencia forman parte del cuadro de la fiebre tifoidea, pero, en algunos casos, la afección cerebral es predominante dando lugar al meningoencefalotifus, caracterizado por trastornos confusionales con agitación y onirismo.

También se han descrito encefalitis en el curso de infecciones respiratorias de etiología variada, o de infecciones del tubo digestivo en los niños pequeños.

Reumatismo articular agudo y corea de Sydenham.

En el curso del reumatismo articular agudo, se han descrito trastornos confusorios y del carácter. Son muy intensos, sobre todo en las *encefalitis reumáticas* graves, pero, de hecho, los trastornos son variados al igual que la patogenia que los produce. Los trastornos neurológicos pueden estar en relación con mecanismos diversos: encefalíticos propiamente dichos, hemodinámicos, necrosis de origen vascular, o bien con el proceso reumático o con la carditis sobreañadida. Por otra parte, como veremos luego, algunos trastornos del carácter o emocionales están en relación con la forma evolutiva de la enfermedad y con las reacciones del niño y de las personas que le rodean frente a la enfermedad.

Desde G. Sée, y después de los trabajos de H. Roger, se admite que existen estrechas relaciones entre el reumatismo articular agudo y la corea de Sydenham. Los trabajos de E. Jacobson (1946) confirman estas ideas.

La *corea de Sydenham* se caracteriza por un cuadro neurológico al que se añaden modificaciones psicológicas. La sintomatología neurológica está formada por movimientos coreicos, involuntarios, arrítmicos, sin finalidad, desordenados, aumentan con las emociones y disminuyen con el reposo. Estos movimientos se acompañan de hipotonía muscular, sincinesias y trastornos de la coordinación y de los reflejos.

Las modificaciones psicológicas forman parte de la enfermedad: labilidad tímica con ansiedad, a veces estado depresivo intenso, inestabilidad con trastornos de la atención y dificultades de concentración; dificultades de contacto con inhibición e irritabilidad. En algunos coreicos estos trastornos pueden persistir después de la desaparición de la sintomatología neurológica, en forma de trastornos del carácter y de inestabilidad. No creemos que el descenso del C. I. señalado por algunos autores responda a un déficit real, sino que es la consecuencia de la inestabilidad y de la mala adaptación escolar.

Durante la fase aguda, se han descrito episodios de confusión mental, manifestaciones ansiosas oníricas, o estados de excitación psicomotriz con componentes alucinarios.

M. Schachter (1957), S. Agius y L. Pavan han realizado un estudio catamnésico de coreicos e indican una incidencia elevada de los trastornos de la afectividad, de las relaciones interpersonales y de la adaptación social.

Aunque las relaciones entre el reumatismo articular agudo y los movimientos coreicos están ampliamente demostrados, algunos autores consideran que todavía no se sabe si todas las coreas de Sydenham pueden explicarse por una patogenia equivalente. Existe un gran número de coreicos sin manifestaciones reumáticas, sin cardiopatía, y sin modificación de la velocidad de sedimentación globular. A. Lalisie y A. Lérique observan que las anomalías E. E. G. son frecuentes y desaparecen en los casos de corea con signos infecciosos, mientras que las coreas sin manifestaciones infecciosas presentan un E. E. G. alterado que persiste después de la curación. Este hecho les permite evocar para esta última categoría una probable predisposición familiar y constitucional. W. Wassef ha estudiado a los niños coreicos desde el punto de vista hereditario, biotipológico, y de la mentalidad de fondo. Este autor se opone a las comprobaciones de algunos autores que han señalado en los niños coreicos un nivel mental bajo, ya que él encuentra en estos niños niveles de todo tipo. Tomando los trabajos anteriores de N. Malamud, de S. A. Szurek, etc., se observa que algunas de las características descritas como consecuencias de la enfermedad, están en realidad en relación con la organización de la personalidad preexistente, y que algunos síntomas encontrados con frecuencia en estos niños (como las fobias), se viven cons-

tantemente como un síntoma de conversión histérica. Por otra parte, no sabemos si estos tipos de personalidad pasiva, hiperemotiva y reprimida, no viven, durante su actividad coreica y en el marco de su expresión motriz, un estado extremadamente ambivalente de pulsiones agresivas en el marco de mecanismos de defensa extremadamente fuertes.

Algunos autores (P. Bergman) han descrito un tipo de madres de coreicos, inmaduras, posesivas, dominantes y autoritarias.

Creemos que es peligroso confundir necesariamente la corea de Sydenham (incluso la no reumática), con la organización psicomotriz de fondo del tipo subcoreico de H. Wallon.

3.º Acrodinia

Entre los síndromes de etiología mal definida, la acrodinia infantil presenta un cuadro psiquiátrico importante, frecuente sobre todo en la primera infancia. El cuadro clínico se inicia con trastornos del carácter (el niño se torna irritable, con mal humor, inmóvil), después aparecen los signos característicos de la enfermedad: dolor, parestesias, eritema de las extremidades, sobre todo en las palmas y en las plantas, con infiltración de la piel, hipersecreción sudoral, prurito y trastornos circulatorios (hipertensión y taquicardia). En la fase de estado destaca, desde el punto de vista neuropsiquiátrico, la presencia de una hipotonía importante, con modificaciones de los reflejos, retraimiento en relación con el exterior, tristeza ansiosa, llantos entrecortados a veces con crisis de cólera y agitación. La anorexia y la pérdida de peso forman parte del cuadro clínico. Un signo de gran valor es el insomnio persistente, resistente a los agentes terapéuticos. La evolución y el pronóstico de la acrodinia infantil son, en general, favorables y la enfermedad cura habitualmente después de algunos meses. Patogénicamente, la acrodinia se ha comparado con algunas enfermedades infecciosas por virus neurótropos, análogos a los de la encefalitis o de la poliomiелitis, que afectan sobre todo al sistema nervioso vegetativo y en particular al diencefalo y al mesencefalo, o bien con enfermedades carenciales como la pelagra. Actualmente, se tiende a atribuirla a una idiosincrasia al mercurio.

La corea fibrilar de Morvan se presenta desde el punto de vista clínico como una acrodinia con el mismo tipo de síntomas: dolores, cutáneos y neurovegetativos a los que se añaden contracciones fibrilares. Se trata de una enfermedad de relativa benignidad y duración. Sin embargo se han descrito casos de parálisis ascendente aguda o subaguda. Se ha señalado asimismo el papel del mercurio en el desencadenamiento de esta enfermedad.

B. — ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES EN EL NIÑO

Entre las enfermedades desmielinizantes más típicas en el niño se han separado dos grupos de patogenia diferente: la encefalitis periaxial difusa de Schilder y las leucodistrofias o esclerosis cerebrales difusas genéticas.

1.º Encefalitis periaxial de Schilder

La *esclerosis cerebral de Schilder* es una enfermedad de origen no genético del niño y del adulto joven. Se caracteriza por una debilitación intelectual progresiva y por un descenso rápido y notable de la agudeza visual. Durante su evolución, alternan la excitación y la indiferencia y se encuentran trastornos del lenguaje de tipo disártrico, a veces también con trastornos de la comprensión que evolucionan hacia el mutismo. El estado demencial aumenta de un día a otro y puede acompañarse de una sintomatología delirante y alucinatória; los trastornos visuales son claros y conducen, al cabo de algún tiempo, a la ceguera. Los trastornos motores consisten esencialmente en una cuadriplejía espástica, a veces son paroxismos tónicos semejantes a la hipertonia de descerebración. Junto a esta forma de evolución progresiva, se ha descrito una forma poliesclerótica que evoluciona por brotes y una forma pseudotumoral caracterizada por un síndrome de hipertensión intracraneal con estasis papilar y convulsiones. El líquido cefalorraquídeo está habitualmente poco alterado. Los trazados E. E. G. están formados por ondas delta anchas y muy lentas de 2 a 3 c/s. Generalmente, la enfermedad evoluciona con bastante rapidez — de algunos meses a un año.

Anatómicamente, se trata de una leucoencefalitis que produce una desmielinización bilateral del centro oval con conservación de las fibras en U; la sustancia gris es generalmente normal. Este centro presenta reacciones inflamatorias perivasculares linfocitarias y una desintegración mielinica.

Algunos autores incluyen en la enfermedad de Schilder las formas descritas por Ch. Foix y J. Marie con el nombre de "*esclerosis centrolobar*", pero esta enfermedad es distinta desde el punto de vista clínico y anatómico. En general se inicia de forma bastante aguda, regresa y después evoluciona de forma crónica. Anatómicamente no existe ni reacción inflamatoria ni acúmulo de productos de desintegración, sino que se encuentra una reacción glial, sobre todo de tipo fibrilar.

La *esclerosis en placas* es excepcional antes de los 10 años. H. Muller, en una serie de 810 pacientes poliescleróticos, encuentra un 0,37% que se inicia entre los 5 y 9 años; J. C. Gall y otros encuentran un porcentaje análogo, 0,4% (L. F. Salguero y otros, 1969).

Jonquère refiere la historia de un niño que presentaba un cuadro de esclerosis difusa que evolucionó desde los 3 a los 22 años, y cuya madre estaba diagnosticada de esclerosis en placas. Algunos autores, entre ellos H. Kufs, han emitido la hipótesis de que la enfermedad de Schilder podría ser la forma infantil de la esclerosis en placas. En todo caso se trata de excepciones que plantean problemas patogénicos que no podemos abordar aquí.

2.º Leucodistrofias o esclerosis difusas genéticas

Las leucodistrofias constituyen un grupo de espera, heterogéneo, en el que el defecto metabólico de base estriba en un trastorno de la síntesis o en un proceso de desintegración de la mielina; el mecanismo bioquímico no es bien conocido por el momento más que por la leucodistrofia metacromática. Se caracterizan generalmente por presentar zonas simétricas, difusas de desmielinización de los hemisferios cerebrales y cerebelosos; los axones están casi siempre afectados en el mismo grado que las

vainas mielinicas. Un gran número de casos se presentan como enfermedades familiares, de transmisión autosómica recesiva. Indicaremos sólo algunas entidades bien establecidas:

a) *Leucodistrofia metacromática*. — Véase la pág. 501.

b) *Leucodistrofia de células globoides, enfermedad de Krabbe, o esclerosis cerebral difusa del tipo Krabbe*. — Se trata de una enfermedad de transmisión recesiva autosómica, caracterizada por una desmielinización acentuada de la sustancia blanca, gliosis, y la presencia de células gigantes multinucleadas (células globoides). Para varios autores se trataría de una esfingolipidosis; la enzima deficitaria sería la galactocerebrósido-sulfotransferasa o la galactocerebrósido-galactosidasa.

El comienzo es precoz, a los 4 o 6 meses, con: irritabilidad y episodios febriles e hipertonia generalizada. Detención o regresión mental y motora rápidas, a veces episodios de contracturas en extensión generalizadas, seguidas de convulsiones. Evoluciona hacia una alteración mental grave con amaurosis. En el estadio terminal hay rigidez de descerebración o hipotonía con disminución o ausencia de los reflejos tendinosos. La duración media de la enfermedad es de 6 a 12 meses.

Los resultados de las investigaciones complementarias se indican en la pág. 502 por otro lado la biopsia de un nervio periférico daría una imagen característica en el microscopio electrónico.

c) *Enfermedad de Pelizaeus-Merzbacher*. — Ha sido englobada en las leucodistrofias sudanófilas, grupo heterogéneo cuyo punto común es la coloración sudanófila de los productos de desintegración de la mielina y que presentan en general un comienzo precoz y una evolución lenta.

En las formas del niño podemos distinguir:

— *Tipo Pelizaeus-Merzbacher clásico*. — Casi siempre se transmite de modo recesivo ligado al sexo; comienza a los pocos meses por nistagmo y temblor de la cabeza. Más tarde y lentamente aparecen signos piramidales y extrapiramidales, a veces atrofia óptica y generalmente demencia ligera. La muerte sobreviene en el curso de la segunda década.

Las características anatomopatológicas consisten en una degeneración progresiva electiva de las vainas mielinicas del cerebro, con islotes de mielina intacta residual y una casi ausencia de productos de desmielinización patológica (únicamente han sido encontradas pequeñas cantidades de productos birrefringentes sudanófilos).

— *Tipo congénito de Seitelberger*. — Ausencia completa de desarrollo psicomotor desde el nacimiento, nistagmo, hipercinesia extrapiramidal, y más tarde contracciones espásticas de las piernas. La evolución es rápida, produciéndose la muerte antes del 10.º año. Generalmente se transmite de modo recesivo ligada al sexo.

Anatómicamente, hay "desmielinización completa" del sistema nervioso central (con excepción de los microislotes) y muy pocos productos de degradación.

— *Tipo Pelizaeus-Merzbacher sintomático: síndrome de Cockayne o "Leucodistrofia sudanófila con enanismo, microcefalia y calcificaciones estriocerebelosas"* (G. Lyon). — Es una afección que se transmite de modo recesivo autosómico. Tras un desarrollo normal durante el primer año, aparecen los síntomas característicos: enanismo, microcefalia, desnutrición y aspecto de viejecito, engrosamiento de los huesos del cráneo, a veces cifosis, piel seca, fotosenibilidad, pigmentación retiniana, atrofia de nervios ópticos, cataratas, sordera, oligofrenia, ataxia y tem-

blor. Los trastornos mentales, la ceguera y la sordera aparecen sólo durante la segunda década.

La desmielinización es muy similar a la de la enfermedad de Pelizaeus-Merzbacher, con una atrofia aún más intensa de la sustancia blanca; son características y a veces bien visibles en las radiografías calcificaciones en el córtex cerebral y cerebeloso y sobre todo en los ganglios de la base; estas calcificaciones cerebrales pueden también verse en la *enfermedad de Fahr*, aunque sin la existencia de leucodistrofia.

Para F. Seitelberger, existirían formas de transición entre la enfermedad de Pelizaeus-Merzbacher típica y el síndrome de Cockayne, entre otras razones por el hecho de que el enanismo y la microcefalia han sido descritos en la familia de casos típicos.

C. — TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A DISLIPIDOSIS

Hemos visto las formas del lactante al estudiar la oligofrenia (pág. 500), aquí sólo veremos las formas tardías del niño.

1.º Idiocias amauróticas tardías. — Con excepción de algunas raras gangliosidosis tardías infantiles y juveniles, las idiocias amauróticas tardías no pueden integrarse en la actualidad en el cuadro de las esfingolipidosis. W. Zeman y cols., (1970) proponen el nombre de "Neuronal ceroid-lipofuchinosis", debido a los lipopigmentos ("ceroides", "lipofucsina") que se encuentran en las células nerviosas distendidas, siendo estos lipopigmentos indicadores específicos del daño celular. No ha sido demostrada ninguna anomalía bioquímica.

Clásicamente se distinguen:

Idiopia amaurótica infantil tardía de Dollinger-Bielschowsky. — Comienza entre los 2 y los 5 años. Son especialmente importantes la epilepsia y las mioclonías. La regresión de las facultades mentales y motoras es rápida, terminando en un estado de descerebración al cabo de 2 o 3 años. En un estadio avanzado se produce ceguera por atrofia óptica y retiniana. A veces se producen manifestaciones clínicas de una atrofia cerebelosa grave.

Idiopia amaurótica familiar juvenil de Spielmeier-Vogt. — Los trastornos aparecen entre los 6 y los 10 años y se manifiestan por un descenso de la visión, por retinitis pigmentaria, y deterioro mental y físico de evolución muy lenta. A menudo años después se desarrollan crisis epilépticas, con o sin mioclonías, pero el electroencefalograma presenta pronto anomalías muy características. A veces aparece un síndrome extrapiramidal o cerebeloso. La evolución es de 10 o de 20 años.

En la actualidad más que por la edad de comienzo, se tiende a diferenciar una forma rápida con epilepsia grave y otra forma lenta progresiva.

La transmisión es recesiva autosómica y generalmente se produce la misma forma clínica en la misma familia, incluyendo la forma del adulto; sin embargo, se han descrito varios casos en los que aparecían simultáneamente tres prototipos en la misma familia. Parece probable que este grupo represente diferentes entidades, pero por el momento la diferenciación se basa en características fenotípicas solamente.

2.º Enfermedad de Niemann-Pick (véase la forma infantil, pág. 501). — Puede tener una evolución lenta. A veces los signos neurológicos no aparecen más que en la

segunda infancia o en la adolescencia. La biopsia de hígado o de bazo pone de manifiesto una sobrecarga en esfingomielina.

3.º Enfermedad de Gaucher (véase la forma infantil en la pág. 501). — La forma juvenil con afectación neurológica es excepcional. Se manifiesta por un déficit intelectual lentamente progresivo, en ocasiones con crisis convulsivas.

4.º Leucodistrofia metacromática (véase la forma infantil, pág. 501). — Las formas infantiles tardías y juveniles se manifiestan por un deterioro intelectual muy lentamente progresivo, a veces con crisis convulsivas. Los trastornos de la marcha y los signos piramidales son más tardíos.

5.º Abetalipoproteinemia. — Es una afección de transmisión recesiva autosómica, cuyos signos neurológicos consisten en deterioro intelectual, inconstante, retinitis pigmentaria y una sintomatología análoga a la de la enfermedad de Friedreich. Estos signos, lentamente progresivos, se ponen de manifiesto durante la adolescencia. (Sabemos que la enfermedad de Friedreich también se acompaña a veces de debilidad.)

En otras dislipidosis, como son la enfermedad de Fabry (lipidosis de glucolípidos), la enfermedad de Farber (lipogranulomatosis) y la enfermedad de Refsum, no se han descrito alteraciones psiquiátricas en el niño de un modo particular.

6.º Enfermedad de Hand-Schüller-Christian. — Comienza en el niño de un modo insidioso. Las primeras manifestaciones son diabetes insípida y exoftalmía, que da a la expresión del rostro un toque grotesco que recuerda a la cabeza de una rana. El examen radiológico del esqueleto pone en evidencia lagunas de los huesos membranosos del cráneo y a veces también en los maxilares, homóplatos, costillas, vértebras, etc. Se han descrito manifestaciones neurológicas, sobre todo en niños mayores o en adultos, tales como epilepsia, hipertensión intracraneal y paraplejía espasmódica. En la actualidad se tiende a agrupar a esta enfermedad junto con otras, en el cuadro de las histiocitosis X.

D. — TRASTORNOS MENTALES CONSECUTIVOS A OTRAS AFECCIONES HEREDITARIAS Y/O METABÓLICAS

1.º Mioclonia-epilepsia familiar de Unverricht y Lundborg. — Es un síndrome que comienza en la adolescencia y comprende una epilepsia de expresión polimorfa, mioclonías generalizadas y deterioro mental. H. Lundborg ha descrito una evolución en tres fases, agravándose progresivamente hacia un estado de caquexia y marasmo. Con A. M. Halliday y H. Gastaut podemos distinguir:

— **Enfermedad de los cuerpos de Lafora** o enfermedad de los corpúsculos mioclónicos. Es una entidad autónoma, que se transmite de modo recesivo autosómico y que ha sido considerada por G. A. Schwarz y M. Yanoff como una distrofia glucoproteinomucopolisacárida ácida; es una afección maligna, tanto por la intensidad de su sintomatología como por la rapidez de su evolución, que es por término medio de 6 años. Además de los signos que constituyen el síndrome mioclónico-epiléptico, se puede observar a veces una atrofia óptica. Los cuerpos de Lafora que la caracterizan son inclusiones esféricas de las neuronas del sistema nervioso central, que parecen

contener sustancias proteínicas y glucídicas. E. Ralló y cols., (1968) han demostrado en esta afección, como en otras mioclonias-epilepsias, una eliminación anormal de mucopolisacáridos.

— Idiocia amaurotica juvenil de Spielmeier-Vogt e idiocia amaurotica infantil tardía de Dollinger-Bielschowsky. con trastornos mioclónicos (véase pág. 534), siendo esta última a menudo de aparición mucho más precoz, entre los 2 y los 4 años.

— Síndromes de Unverricht y Lundborg con degeneración cerebral inespecífica, cuya evolución es a menudo más prolongada. Una de sus formas, el tipo Hartung, se transmite de modo autosómico dominante.

La *disinergia cerebelosa mioclónica de Ramsay-Hunt* es una afección cerebelosa o espinocerebelosa, con crisis epilépticas generalizadas, con o sin mioclonias, cuyos signos clínicos están muy próximos a los de la mioclonia-epilepsia, al menos durante una parte de su evolución. Deberá recordarse que los signos de la mioclonia epilepsia son a veces precedidos de signos de la enfermedad de Friedreich, y que el estado mental de los enfermos permanece generalmente normal.

Bajo el nombre de *enfermedad de Alpers* se agrupan una serie de encefalopatías evolutivas con convulsiones, mioclonias y regresión de las adquisiciones psicomotoras en el lactante (G. Lyon, 1971).

2.º *Degeneración hepato-lenticular o enfermedad de Wilson*. — Está ligada a una anomalía genética del metabolismo del cobre, de transmisión recesiva autosómica, que origina depósitos de cobre en el cerebro (en los núcleos lenticulares, sobre todo), en el hígado y en los riñones. Las manifestaciones clínicas aparecen generalmente en la adolescencia, siendo sus límites cronológicos 11 y 26 años. Es muy característica la facies helada, crispada en sonrisa inexpressiva, con exageración de la hipertonia facial en un rictus espasmódico durante las emociones; los demás signos neurológicos son disfagia, sialorrea, disartria, rigidez generalizada de tipo extrapiramidal y a veces temblor intencional de grado variable; se aprecian al mismo tiempo trastornos del humor y del carácter con inestabilidad y debilitamiento intelectual progresivo que evoluciona hacia la demencia. El aspecto clínico de la cirrosis es muy variable. El anillo verde pericorneal es patognomónico y existe un síndrome biológico específico. La investigación de ceruloplasmina, siempre disminuida o ausente en la enfermedad, junto a la de cobre hepático, permiten descubrir las formas que permanecen asintomáticas. El tratamiento está dirigido a disminuir el aporte de cobre (supresión de alimentos ricos en cobre, administración de sulfuro potásico), y a provocar la eliminación de los depósitos hísticos de cobre, gracias a los quelantes, como es en la actualidad la D-Penicilamina (G. Lyon, 1971).

3.º *Enfermedad de Hallervorden-Spatz*. — Es una enfermedad familiar en general, que comienza casi siempre en la segunda infancia. Se caracteriza por una rigidez extrapiramidal, a veces con atetosis o movimientos coreoatetósicos, a veces con signos piramidales y deterioro intelectual. El examen histológico muestra alteraciones predominantemente en el pallidum y en la porción reticulada de la sustancia negra, con infiltración pigmentaria de estas formaciones.

4.º *Degeneración neuroaxonal del niño*. — Enfermedad de transmisión recesiva autosómica, que anatómicamente se caracteriza por presentar monstruosas dilataciones axonales en el seno de la sustancia gris del sistema nervioso central (funda-

mentalmente en el tronco cerebral), asociadas a un estado desmielinico del *globus pallidus*. Comienza entre el 2.º y el 3.º año y puede evolucionar durante varios años. Se caracteriza por presentar trastornos de la marcha, signos piramidales y deterioro psíquico progresivo. La biopsia de un nervio periférico puede mostrar aspectos característicos. Según F. Seitelberger, constituye una forma infantil de la enfermedad de Hallervorden-Spatz. La diferencia entre las dos, sería esencialmente de orden cronológico. Se debe subrayar, sin embargo, que en la degeneración neuroaxonal no se encuentran depósitos pigmentarios masivos en el *globus pallidus* y en el *locus niger*, como ocurre en la enfermedad de Hallervorden-Spatz, y que además se han descrito formas infantiles con las características anatómicas clásicas de esta última enfermedad; G. Lyon y G. Sée consideran asimismo que se trata de dos enfermedades de naturaleza diferente.

5.º *Encefalopatía necrosante subaguda o enfermedad de Leigh-Feigin-Wolf*. — Es una enfermedad familiar, que se caracteriza anatómicamente por presentar focos simétricos de necrosis incompleta, en el tronco cerebral y en los núcleos grises centrales. Comienza en la primera infancia por: trastornos alimenticios, retraso del desarrollo intelectual, rápido deterioro motor, hipotonía acentuada y detenciones bruscas de la respiración; la muerte llega al cabo de algunos meses.

6.º *Degeneración simétrica de los cuerpos estriados*. — Se trata de una enfermedad familiar caracterizada por una necrosis simétrica del putamen y del núcleo caudal, que aparece en el lactante o en el niño pequeño y cuyas manifestaciones son signos extrapiramidales, piramidales y debilidad mental.

7.º *Corea de Huntington*. — Comienza de ordinario entre los 30 y los 45 años, pero puede manifestarse desde una edad precoz (G. W. Bruyn ha descrito 150 de estos casos precoces). Junto con G. A. Jervis y C. H. Markham distinguiremos las formas infantiles de las formas juveniles. Las formas infantiles, raras por debajo de los 10 años, se caracterizan por la asociación de una rigidez, a veces con coreoatetosis y temblores, crisis de epilepsia y demenciación progresiva. Para J. Oliver y K. Dewhurst las formas infantiles serían menos raras de lo que parece y se presentan bajo la forma de retraso mental y de alteraciones neurológicas. Podemos distinguir, esquemáticamente, junto con H. Petit, desde el punto de vista clínico, formas que comienzan entre los 10 y los 15 años y aquellas otras que aparecen entre los 15 y los 20 años; las primeras, raras, se caracterizan por presentar rigidez, deterioro paralelo y comicialidad; las segundas presentan una sintomatología aquinetohipertónica, pero también hiperquinética, junto a trastornos del comportamiento (inestabilidad, agresividad, conducta extraña y actos delictivos) y alteraciones deficitarias progresivas. Para A. D. Merritt y cols., existe una forma atípica, de comienzo agudo, más frecuente en el joven, son manifestaciones de rigidez muscular y deterioro psicomotor rápido.

E. — TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A TUMORES CEREBRALES

Existen distintas opiniones sobre la frecuencia y las características de los trastornos mentales que se producen en el curso de los tumores cerebrales en el niño. Algunos autores niegan incluso la existencia de estos trastornos psíquicos, para otros

dependen únicamente de la hipertensión intracraneal, y otros los consideran como puramente reaccionales a una enfermedad grave. R. J. Corboz ha hecho una excelente actualización de este problema.

Ante todo conviene distinguir los trastornos que acompañan a los tumores infratentoriales de los que acompañan a los tumores supratentoriales.

Los tumores infratentoriales representan la mayoría de los tumores infantiles. Pueden producir una detención de la evolución psicomotriz, regresión, modificaciones afectivas y del carácter (humor lábil, irritabilidad, trastornos de la atención) o trastornos de la conciencia, comprensibles cuando existe una fuerte hipertensión intracraneal, pero éstos pueden existir también en ausencia de hipertensión intracraneal y corresponder entonces a una compresión del tronco cerebral o asociarse a los *cerebellar-fits*. Es sorprendente la frecuencia de los trastornos de tipo emotivo o de retraso afectivo en los niños afectados de un síndrome de vermis cerebeloso (meduloblastoma), en una fase en que la afectación intelectual es poco importante.

Entre los tumores supratentoriales distinguimos, por una parte, los tumores del tercer ventrículo, y de la hipófisis y, por otra, los tumores de los hemisferios:

— Los tumores del tercer ventrículo pueden manifestarse por una sintomatología de tipo infundibular (diabetes insípida, narcolepsia, obesidad, macrogenitosomía) y por trastornos de la conciencia de tipo confusional paralelos a la hipertensión intracraneal. La somnolencia puede existir en ausencia de hipertensión.

— Los craneofaringiomas que, desde el punto de vista neuroendocrino, se presentan a veces en forma de síndrome adiposo-genital, pueden provocar en los niños pequeños, según R. J. Corboz, trastornos pulsionales y retraso afectivo, así como retraso del desarrollo intelectual que no puede explicarse solamente por la hipertensión intracraneal.

— Los tumores hemisféricos del niño no presentan unas características tan precisas como los del adulto, excepto tal vez la existencia en algunos casos de euforia frontal. La mayoría de los otros trastornos entrarían en el grupo de los psicosisíndromes orgánicos infantiles. R. J. Corboz señala que en todos los tumores hemisféricos se observan trastornos instrumentales (agnosia, afasia, agrafía) o crisis uncinadas.

F. — TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A INTOXICACIONES

En el niño las intoxicaciones son casi siempre accidentales. El cuadro clínico depende de la edad, de la cantidad o de la acción progresiva de la intoxicación.

La **encefalopatía saturnina** se produce en el niño después de la ingestión de productos de plomo o de la succión de juguetes pintados. La sintomatología se caracteriza al principio por anorexia, constipación, vómitos y calambres abdominales. Generalmente existen cambios del carácter que oscilan entre la irritabilidad y la apatía. El síndrome evoluciona a menudo hacia un cuadro de hipertensión intracraneal con estasis papilar y convulsiones. La mortalidad es elevada y en los supervivientes son frecuentes las secuelas que se caracterizan por retraso mental, trastornos motores o visuales o por trastornos comiciales. El diagnóstico se confirma mediante el examen sanguíneo, hematies marcados y espectroscopia. Los signos clínicos de la forma aguda corresponden a un edema agudo cerebromeningeo. El pronóstico de estas encefalopatías es menos grave desde la instauración del tratamiento con B. A. L.

La **encefalopatía por arsénico** es la consecuencia de la ingestión de raticida. Antiguamente podía ocurrir después de medicaciones con dosis elevadas o excesivamente prolongadas con el arsénico. El niño puede presentar dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarreas, trastornos vasomotores, fatiga intensa así como dolores o parestias. También puede producirse una polineuritis.

Encefalopatía por talio. — En la actualidad el talio ha reemplazado al arsénico como raticida. Las ingestas masivas de talio pueden producir una encefalopatía grave con muerte por parálisis respiratoria o dejar como secuela frecuente una polineuritis sensitivomotora.

Intoxicación por óxido de carbono. — En el niño es generalmente mortal. En caso de supervivencia, la regresión intelectual es a menudo masiva. En los más pequeños y en los mayores el estado confusodemencial a veces puede mejorar progresivamente, pero quedan secuelas afasoapractagnósicas con amnesia y a veces bradicinesia. Los trastornos neuropsiquiátricos producidos por el óxido de carbono se deben sobre todo a los cambios hemodinámicos y al componente anóxico que produce esta intoxicación. Se han observado cuadros equivalentes en sujetos jóvenes después de intentos de ahorcarse.

Intoxicación alcohólica en el niño. — El alcoholismo infantil puede encontrarse en algunos medios rurales, y en la ciudad en familias alcohólicas, en general de bajo nivel económico; cierta juventud, llamada contestataria, se oponía a la alcoholización de los adultos, al mismo tiempo que ella utilizaba la droga. Actualmente existe con frecuencia una asociación droga-alcohol. El cerebro infantil es muy sensible al alcohol. El niño puede reaccionar en forma de embriaguez estado convulsional, con o sin convulsiones, o caer en estado comatoso. F. Alonso Fernández ha descrito una verdadera alcoholomanía en el niño y en el adolescente. F. R. Ford describe el caso de un niño con complicaciones polineuríticas. Después de G. Nastew y otros (1962), G. Usunoff y S. Bojinov (1951-1964) describen auténticas encefalopatías alcohólicas agudas en el niño: formas comatosas agudas que evolucionan en 24 horas hacia la muerte por lesiones anóxicas difusas y edema cerebral, o hacia la curación con secuelas. También se ha descrito la encefalopatía de evolución prolongada (2 a 4 semanas) hacia una rigidez de descerebración y la muerte o hacia la supervivencia con manifestaciones epilépticas acompañadas o no de hipercinesias o de demencia. El examen anatomopatológico demuestra en estos casos una necrosis bilateral del putamen.

G. — TRASTORNOS MENTALES POSTRAUMÁTICOS

El traumatismo craneal es frecuente en el niño: accidentes urbanos (choques con un vehículo, caídas de bicicletas o accidentes de automóvil), caídas desde lugares altos, etc. La mayor cantidad de traumatismos cerebrales se sitúa entre los 6 y 10 años, con una frecuencia mucho mayor en los niños que en las niñas. Los accidentes ocurren frecuentemente en los niños que intentan adquirir una cierta autonomía en reacción a una inhibición, y que son más o menos impulsivos.

Clásicamente se afirma que el cerebro del niño resiste mejor a los traumatismos que el del adulto. En el niño de corta edad, la presencia de las fontanelas y una separación fácil de las suturas podrían explicar estos hechos. Sin embargo,

F. D. Ingraham y D. D. Matson, en 1.330 niños hospitalizados por traumatismo cerebral, encuentran: un 28% de conmociones, un 2% de hematomas extradurales y un 24% de hematomas subdurales. Debe señalarse que antes de los dos años el hematoma extradural puede existir sin que se observe un verdadero intervalo libre como ocurre en el adulto. El hematoma subdural es frecuente durante los tres primeros años, y su frecuencia disminuye claramente a partir de los 10 a 11 años. Muchos autores han insistido en el hecho de que puede producirse una alteración intracraneal sin que se produzca pérdida de conciencia.

Coincidimos con C. Koupernik en la idea de que esta noción de benignidad del traumatismo craneal en el niño no es de fiar, aunque G. Luxey se sorprenda en su trabajo por la rareza de las secuelas neurológicas (excepto en los casos de traumatismo muy grave con destrucciones cerebrales intensas) y por la posibilidad de recuperación, a veces incluso en los casos de comas graves y prolongados, después de los cuales las alteraciones residuales son mínimas y sin consecuencias para el desarrollo posterior. Por otra parte, G. F. Rowbotham y otros autores insisten en el hecho de que no existe paralelismo entre la gravedad del traumatismo, al menos aparente, y las secuelas duraderas. No obstante, parece que los trastornos son más importantes cuando existe fractura de cráneo.

Entre las consecuencias de los traumatismos craneales estudiaremos sucesivamente los síndromes subjetivos, los trastornos intelectuales, los trastornos de la conducta y la epilepsia.

El equivalente del *síndrome subjetivo* del adulto (es decir, cefaleas, vértigo, fatiga, fenómenos dismnésicos) puede encontrarse en el niño en un 40% de los casos, según O. Riegenbach, pero desaparece definitivamente de forma rápida, o entre el primero y segundo años después del traumatismo.

El *déficit mental* postraumático parece más raro en el niño que en el adulto. Algunos autores piensan que se trata más de una pérdida de las adquisiciones que de una regresión, mientras que otros piensan que las dificultades escolares se deben generalmente a la inestabilidad y a los trastornos del carácter.

Según C. Luxey, los trastornos intelectuales son directamente proporcionales a la gravedad del traumatismo craneal: por encima de los ocho o diez días de coma, los trastornos son claros, observados por los maestros y los padres; se traducen por dificultades escolares más o menos importantes, y se presentan como un déficit intelectual global más o menos notable. En los traumatismos menos graves, pero con pérdida de conciencia superior a las 48 horas, las alteraciones clínicas son muy limitadas, se observan sobre todo algunos trastornos de la atención. Sin embargo, los tests son a menudo heterogéneos y ponen de manifiesto falta de flexibilidad, pobreza del pensamiento, perseveraciones y trastornos de la percepción.

La frecuencia de los *trastornos psicoafectivos* sutiles es diversamente apreciada: un 13% según P. Harris contra un 94% según H. Dillon. Estas secuelas son de naturaleza diversa y, según la terminología de L. Eisenberg, adoptada por C. Koupernik, corresponden a varios tipos de trastornos: hipercinesia acompañada a menudo de conducta destructiva, impulsividad y falta de control; trastornos de la atención con dificultades de concentración; humor lábil con umbral de frustración muy bajo que puede ocasionar accesos de cólera incontrolables; conducta antisocial, con tendencia a mentir, robar, vagabundear y, finalmente, conductas sexuales inquietantes; déficit intelectual más o menos intenso, no homogéneo, con tendencia a la perseveración y ansiedad frente a toda situación poco habitual. Según C. Luxey, en el niño de corta edad existen sobre todo trastornos del carácter, y en el adolescente trastornos de tipo neurótico ansioso.

El porcentaje de epilepsia postraumática es del 26% en las estadísticas de P. H. Harris, sólo del 3% en las de G. Phillips y del 5% en las de A. Lerique y otros. Según estos últimos autores, debe darse una gran importancia al E. E. G. en los cuidados postraumáticos del niño; observan que un 23% de los niños tienen un trazado que se normaliza a los tres meses, un 25% entre los tres meses y los dos años, en un 42% el trazado mejora pero persisten algunas alteraciones, y en un 10% los trazados evolucionan hacia características de tipo comicial. V. Rune no encuentra diferencia con un grupo de control.

Cuando se analizan todos estos trabajos se encuentran dos posturas en gran parte contradictorias. Según algunos autores, en el niño no existe deterioro postraumático: generalmente se encuentran antecedentes deficitarios (M. Zaborowski); y trastornos de la conducta, sobre todo en sujetos predispuestos por taras anteriores o con sobrecarga hereditaria (O. Riegenbach). No se pueden establecer relaciones claras entre la importancia del trauma y la importancia de los trastornos de la conducta (J. A. Harrington, F. J. Letemendia). Otros autores piensan que se debe culpar al medio, ya que algunas familias constituyen un medio de cultivo para los trastornos de la conducta (F. Seligman). Según C. Koupernik, algunos padres tienen tendencia a atribuirlo todo al traumatismo, tanto la epilepsia, que puede existir previamente, como los déficit intelectuales y los trastornos de la conducta. Sin embargo, según otros autores, el conjunto de la desorganización se debe a una encefalopatía postraumática. Los cambios E. E. G., a veces persistentes, y los exámenes psicológicos apoyan esta hipótesis. Antiguamente se admitía la posibilidad de realizar un diagnóstico de las lesiones cerebrales mediante series de tests adaptados, pero su valor es negado por algunos autores cuando se aplican al adulto, y por otros cuando se aplican al niño (M. Herbert).

Tras un estudio del tema y después de investigaciones personales, V. Rune (1970), llega a la conclusión de que los traumatismos cerebrales, sin signos patentes de daño cerebral serio, durante la fase aguda, no originan síntomas psíquicos ni problemas de adaptación, más que cuando la situación del niño se ha visto complicada por un medio ambiente defectuoso y/o por trastornos de conducta anteriores, o bien cuando el niño tenía ya con anterioridad síntomas de insuficiencia psíquica.

Estos problemas se complican todavía más con el peritaje legal: cuando, con un cierto prejuicio, el experto no valora suficientemente la biografía y los componentes reaccionales consecutivos al traumatismo, o cuando tiende a minimizar los efectos directos del trauma. Por otra parte, los peritajes contradictorios y repetidos contribuyen a modelar una nueva personalidad al niño, a crear "el niño peritado". Sigue planteado el problema de saber si existe un síndrome de neurosis de renta en el niño, pero sin duda existe una sintomatología inducida por los padres y a veces fabricada por los médicos. Con seguridad si la readaptación se hiciera teniendo en cuenta solamente el futuro del niño y fuera de este ambiente, el pronóstico sería más favorable.

III. — EPILEPSIA INFANTIL

Se conoce desde hace tiempo que los niños tienen una mayor predisposición a las crisis convulsivas que los adultos. Teniendo en cuenta el proceso de maduración del sistema nervioso central en esta época de la vida, es importante conocer las caracte-

risticas peculiares de las crisis convulsivas infantiles, y más aún teniendo en cuenta que las manifestaciones varían con la edad. Estos fenómenos son la representación de una descarga hipersincrónica de un conjunto de neuronas cerebrales. La función de estas asociaciones neuronales determinan los caracteres clínicos de la crisis (motora, sensitiva, psíquica, etc.). La capacidad de las neuronas para la descarga depende generalmente de condiciones hereditarias (epilepsia familiar), de maduración (epilepsia dependiente de la edad), metabólicas (epilepsia metabólica y epilepsia de encefalopatías metabólicas) y adquiridas (epilepsia lesional).

La frecuencia de la epilepsia ha sido apreciada de modo variable, en encuestas epidemiológicas generales, que no siempre precisan la proporción de epilepsias infantiles.

El estudio de D. A. Pond y cols., realizado en Inglaterra en el año 1960, ha permitido descubrir un 0,62% de epilépticos en la población censada, del 0,3 al 1,29% dependiendo de las muestras de población (en tres muestras y hasta la edad de 1 año, el 1,9%; de 20 a 30 años, el 0,34%; la proporción es similar para los grupos masculino y femenino).

En la isla de Wight, M. Rutter (1970) encuentra una prevalencia en el niño comprendida entre el 0,5 y el 0,9%

ESTUDIO CLÍNICO

I. — DIFERENTES TIPOS DE CRISIS

Desde la Reunión Internacional de Viena, de la que Oller de Aurella ha realizado un informe completo, se distinguen *tres clases de crisis*, desde un punto de vista puramente semiológico (1971).

1.º Crisis generalizadas

a) Crisis generalizadas convulsivas

Mioclónias. — Su extensión depende del sujeto y del momento de aparición; pueden ser masivas (simétricas o no) cuando interesan de modo preferente músculos axiales y flexores; si afectan a los miembros inferiores pueden originar caídas. Pueden ser parciales, cuando interesan un miembro o un músculo. Las mioclónias son muy breves y pueden agruparse dos o tres en menos de un segundo. Se desencadenan generalmente de modo espontáneo. El trazado E. E. G. de las mioclónias está constituido por polipuntas o polipuntas ondas. Desde el punto de vista electromiográfico, cada punto corresponde a una descarga de potencial muscular, pero las relaciones cronológicas de los dos fenómenos no son siempre exactas. Por otra parte, las mioclónias parciales no siempre tienen expresión E. E. G.

Crisis clónicas. — Son sobre todo características de la primera infancia y consisten en sacudidas bilaterales repetidas, de modo más o menos rítmico, casi siempre arrítmicas en el niño y repartidas más o menos regularmente por todo el cuerpo. Estas sacudidas se acompañan en el E. E. G. de una asociación de ritmos rápidos y de ondas lentas, que dan lugar a imágenes más o menos regulares de puntas-onda y polipuntas-onda.

Crisis tónicas. — Fueron descritas por H. Gastaut y se observan sobre todo en la primera y segunda infancia. La contracción tónica más o menos breve afecta sobre todo los músculos del eje

corporal, disminuyendo progresivamente su influencia a medida que se acerca a las extremidades. H. Gastaut distingue, según el predominio sea axial o lateral: crisis tónicas axiales puras; crisis tónicas axiorrizomelicas; crisis tónicas globales. El trazado E. E. G., de las crisis tónicas puede ser de simple desincronización de los ritmos de fondo, con frecuencias de 15 a 25 c/sg., y una amplitud de 5-10 microvoltios, o aparecer un ritmo de 10-20 c/sg., con una amplitud de 80 a 100 microvoltios, o bien una combinación de los dos.

Crisis tonicoclónicas. — Estas crisis tonicoclónicas o crisis de gran mal son más raras en el niño, tanto en su presentación tonicoclónica clásica como las bruscas generalizaciones.

b) Crisis generalizadas no convulsivas

En este grupo están comprendidas algunas variedades de ausencias que no pertenecen al pequeño mal. Las *ausencias epilépticas* son alteraciones de la conciencia de grado variable, de duración muy breve (de 2 a 15 segundos), que comienzan y terminan de modo más o menos brusco. Cuando la ausencia origina únicamente pérdida de conciencia y detención de todas las actividades, se habla de ausencia simple o pura, casi siempre de pequeño mal. Cuando existen signos asociados, podemos distinguir: *ausencias mioclónicas*, casi siempre sintomáticas de pequeño mal, en su variedad mioclónica; *ausencias hipertónicas*, acompañadas de un aumento del tono postural, pudiendo originar desviaciones conjugadas de la cabeza y de los ojos si la hipertonía predomina en un lado, retrocesos (ausencias retropulsivas), avances (ausencias propulsivas), y rara vez pertenecen al pequeño mal verdadero; *ausencias tónicas* con pérdida del tono postural y abatimiento de la cabeza y/o de los músculos de los miembros inferiores; *ausencias con automatismos*, simples o complejas (palpamientos, frotamientos de las manos, movimientos labiolinguales); *ausencias con fenómenos vegetativos* (ausencia con enuresis, ausencia vasomotora, etc.).

Pero sobre todo hay que distinguir, según el aspecto de las descargas en el E. E. G., dos variedades esenciales:

— Ausencias de pequeño mal, que dan en el E. E. G., descargas generalizadas bilaterales, sincronas, de puntas-onda de 3 c/sg., y de terminaciones netas.

— Ausencias de pequeño mal variante de Lennox, que pueden manifestarse en el E. E. G. como un ritmo epiléptico generalizado, más o menos rápido a 20 o a 10 c/sg., o bien como una descarga de puntas-onda, lentas, bilaterales, sincronas y simétricas, repetidas seudorítmicamente, alrededor de los 20 c/sg. Las manifestaciones clínicas de estas ausencias son a menudo, tanto al principio como al final, más progresivas que las ausencias de pequeño mal.

c) Crisis unilaterales o de predominio unilateral

Las manifestaciones clínicas que las acompañan pueden ser tónicas, clónicas e incluso tonicoclónicas (crisis hemigeneralizadas). La pérdida de conciencia es inmediata, cosa que no ocurre en las crisis parciales.

La forma de crisis unilateral, más frecuente encontrada en el niño, es la forma clónica o hemiclónica. Las sacudidas clónicas son enormemente variables, en intensidad, localización y ritmo, no solamente de una crisis a otra, sino incluso en el curso de la misma crisis, donde no es raro ver cómo cambian las clonias de lado y afectan la otra mitad del cuerpo.

Estas crisis unilaterales, a menudo largas, pueden ser seguidas, tras su desaparición, de una parésia transitoria poscrítica (parálisis de Todd) que afecta el lado convulsivo y que puede tardar algunos días en desaparecer. A veces estas crisis tienen tendencia a durar y a repetirse, organizándose como un estado de mal con alteración de la conciencia y elevación térmica. No es raro que tras la resolución del *estado de mal* persista una hemiplejía definitiva (síndrome H H, hemiconvulsiones, hemiplejía de H. Gastaut).

2.º Crisis parciales

Estas crisis no son tan raras en el niño como apuntaba el pensamiento clásico, pero son de difícil observación y para ser analizadas exigen a menudo el uso de técnicas de activación (sueño o activación cardiazólica), o de registros de larga duración, recogidos en magnetoscopio o por telemetría. Debido a que con frecuencia suelen generalizarse de modo secundario, a menudo son clasificadas en el grupo de las crisis generalizadas, lo que contribuye a dificultar su localización.

Se acompañan de una descarga electroencefalográfica, más o menos localizada, y el E. E. G. intercrítico, habitualmente con un ritmo de fondo normal, muestra espontáneamente o bajo el efecto de activación, anomalías paroxísticas de puntas o de puntas-onda intermitentes.

Estas epilepsias pueden verse en todas las edades, pero afectan sobre todo a niños y adolescentes. Son frecuentes manifestaciones neurológicas (hemiplejía) o neurorradiológicas (atrofia unilateral o localizada) en relación con el lugar de la lesión epileptógena. La etiología es a menudo evidente, orgánica, que origina lesiones localizadas (traumática, anóxica, neuroisquémica o postinfeciosa); pero es posible, sobre todo en el niño, que sean el resultado de trastornos funcionales o de una fragilidad hereditaria, lo que explicaría todo un grupo de epilepsias, llamadas funcionales, descritas por P. Loiseau (1968) y que pueden curar en la pubertad sin dejar secuelas.

3.º Estado de mal

Se caracteriza por presentar crisis repetitivas. Pueden describirse tantas variedades de estado de mal como variedades de crisis existentes. En el curso de un mismo estado de mal, el tipo de crisis es casi siempre el mismo, sin embargo, puede suceder que el tipo de crisis se modifique.

Desde el punto de vista terapéutico, se trata de una urgencia que debe tratarse con fenobarbital por vía parenteral, o con Diazepam (Valium) por vía intravenosa.

II. — CONVULSIONES Y EPILEPSIAS INFANTILES

Antes de abordar el problema de la epilepsia infantil propiamente dicha, trataremos las *crisis convulsivas en las diferentes edades sin prejuizar la evolución posterior* hacia una forma epiléptica confirmada, ya que las convulsiones pueden ser simplemente ocasionales. Estudiaremos este problema siguiendo a J. Aicardi.

1.º Convulsiones neonatales

Aparecen en el primer mes de vida y se deben casi siempre a alteraciones cerebrales, como son:

— *Hemorragias cerebromeningeas*; son las primeras a tener en cuenta, aunque no son muy frecuentes, aparte de la hemorragia ventricular del prematuro. Señalemos, aunque sea muy raro, el hematoma subdural agudo del recién nacido.

— *Meningitis neonatales*, diagnosticadas muchas veces gracias a la crisis convulsiva.

— *Traumatismos y anoxia neonatal*, que pueden ser la causa, pero es peligroso atribuirles el origen de las convulsiones, a no ser que existan pruebas manifiestas.

— *Hipoglucemia* en recién nacidos de bajo peso de nacimiento (véase pág. 509).

— *Hipocalcemia*, en la que debe pensarse sistemáticamente en razón al pronóstico favorable de la tetania neonatal y de los medios terapéuticos eficaces de que se dispongan.

2.º Convulsiones del lactante

Las convulsiones son muy frecuentes en el niño, desde el 1.º mes hasta los 3 años. Pueden ocurrir en:

— *meningitis agudas purulentas*, que son la causa de buena parte de ellas;

— *hematoma subdural crónico* del lactante, en donde las convulsiones permiten hacer el diagnóstico;

— *deshidrataciones agudas*, que son frecuentemente causa de convulsiones por trastornos hidroelectrolíticos;

— *hipoglucemia*, aunque sobre todo sea la causa de comas;

— *hipocalcemia*, que acompaña al raquitismo;

— *intoxicaciones* que son una de las causas más frecuentes de convulsiones ocasionales;

— *convulsiones de la hipertermia*.

Las crisis convulsivas ocasionales del niño pequeño pueden también ocurrir aparte de todas estas circunstancias. Para J. Aicardi, el papel de tales factores en el mecanismo de las crisis no ha sido demostrado de manera convincente. Acepta que es indiscutible la existencia de convulsiones ocasionales en estados patológicos muy variados del lactante, incluso sin intervención de los mecanismos clásicos, y traduce la propensión acentuada en esta edad a los paroxismos convulsivos. Para colmo, han sido frecuentemente observadas convulsiones aisladas "en frío", que no tienen continuación y no son seguidas, incluso a largo plazo, de una epilepsia crónica.

3.º Convulsiones en el niño

En el niño mayor las convulsiones ocasionales son raras; los procesos agudos y la hipertermia, difícilmente originan una expresión convulsivante. Sin embargo, se dan con frecuencia en las nefritis agudas.

III. — TIPOS DE EPILEPSIA INFANTIL

La frecuencia relativa de los diferentes tipos de crisis epilépticas infantiles y su clasificación varían:

— Según el *grado de maduración cerebral*: Passouant y cols. (1959) distinguen cuatro estadios evolutivos en la epilepsia infantil: en las primeras semanas de vida las descargas son focales, incluso aunque haya una agresión cerebral difusa; las diferentes estructuras cerebrales parecen descargar independientemente; las relaciones interhemisféricas sólo están esbozadas. A partir de los primeros meses las descargas focales son frecuentes; difunden a menudo pero su organización es incompleta. Hacia el 15.º mes parece existir un principio de organización de la corteza y de los sistemas subcorticales; las crisis pueden generalizarse. Con los primeros años la sincronización de la descarga epiléptica va adquiriendo importancia creciente, siendo su forma más

diferenciada el pequeño mal, que traduce la participación del sistema difuso que relaciona la corteza y la mayor parte de los núcleos subcorticales. En la pubertad la organización cerebral se acerca a la del adulto.

— Según la mayor o menor evidencia etiológica: (epilepsia generalizada primaria o criptogénica, epilepsia generalizada secundaria a una encefalopatía cuya etiología puede permanecer desconocida y epilepsia parcial lesional de etiología reconocida). De este modo se constituyen unos síndromes epilépticos, que son agrupamientos electroclínicos, y de los que podemos proponer tres grandes variedades.

1.º Epilepsias generalizadas primarias

Las crisis se generalizan bruscamente; en el niño de 3 a 10 años revisten casi siempre la forma de un cuadro de *pequeño mal* con sus variedades de ausencias puras de pequeño mal, ausencias mioclónicas o de ausencias atónicas. En el niño mayor, en el adolescente, las crisis pueden ser de tipo tonicoclónico de gran mal. No es rara la coexistencia en el mismo sujeto de los dos tipos de manifestaciones (ausencias y crisis tonicoclónicas): se trata de la epilepsia pequeño mal-gran mal. A veces también las crisis de gran mal suceden a las ausencias de pequeño mal en el mismo sujeto afecto de una epilepsia generalizada.

Los fenómenos paroxísticos de esta epilepsia dan en los E. E. G. descargas bruscas, generalizadas, bilaterales, sincronas y simétricas, específicas de un tipo dado la crisis (descargas de puntas-onda rítmicas de 3 c/sg., durante las ausencias polipuntas-onda durante la mioclonia, ritmo epiléptico creciente seguido de polipuntas-onda rítmicas durante las crisis tonicoclónicas). En los trazados intercríticos, los ritmos de fondo son casi siempre normales o caracterizados por grandes ondas lentas posteriores, a las que suceden, bajo el efecto de la hiperpnea, de la S. L. I., o del sueño, descargas de puntas-onda rápidas o de polipuntas-onda generalizadas, bilaterales, sincronas y simétricas. El comienzo de estas epilepsias tiene lugar bastante precozmente, de los 5 a los 9 años el pequeño mal que, para P. Passouant, habría posibilidades de asociación con crisis de gran mal en el 49% de los casos, y hacia los 12 años para M. Charlton y M. D. Yahr (1967).

El *gran mal*, de gran espectacularidad, no es el fenómeno epiléptico más frecuente en el niño. Puede asociarse a otros tipos de crisis. Aumenta de frecuencia con la edad.

Durante el intervalo de las crisis, estas epilepsias no suelen acompañarse de signos neurológicos o psíquicos, que testimonien una afectación cerebral; la evidente ausencia de etiología, la posible existencia de antecedentes familiares en el 8% de los casos (Soulayrol-Grangeon, 1968) permiten suponer que dependen en algunos casos de una predisposición epiléptica hereditaria. Pero las cosas no son tan sencillas; desde el punto de vista genético, según las leyes de Mendel, no existe transmisión hereditaria de la epilepsia; únicamente se han emitido hipótesis sobre la transmisión hereditaria de una predisposición especial (M. Boussard, 1971).

El pronóstico de esta epilepsia generalizada primitiva es a menudo bastante bueno debido a la ausencia de lesiones encefalopáticas, pero la curación depende a la vez de la reactividad del paciente a los fármacos (barbitúricos e hidantoína en el gran mal; succinimida en el pequeño mal) y de los componentes psicológicos del sujeto.

2.º Epilepsias generalizadas secundarias

Las crisis son de tipos muy variados. Puede haber crisis de gran mal tonicoclónicas que a menudo se generalizan secundariamente (en este caso, casi siempre el registro de la crisis permite afirmar esta generalización secundaria). Muy a menudo estas epilepsias se manifiestan como crisis tónicas de todas las variedades: atónicas o derrumbamiento epiléptico, mioclónicas masivas y bilaterales (espasmos en flexión o crisis tónicas breves) e incluso como ausencias, a menudo únicamente detectables por un descenso transitorio de la vigilancia (Guey). En el mismo sujeto pueden interferirse estas diferentes variedades de crisis.

Las manifestaciones críticas del E. E. G. consisten en descargas epilépticas bilaterales, sincronas, más o menos simétricas y más o menos específicas de un tipo de crisis dado (*bouffée* de puntas-onda lentas de 2 c/sg, seudorrítmicas durante las ausencias, o ritmo creciente epiléptico o desincronización durante las crisis tónicas, y polipuntas-onda en las mioclonias masivas). Los trazados intercríticos rara vez son normales, los ritmos de fondo a menudo enlentecidos y más o menos amplios según la edad (disritmia). Las anomalías irritativas se representan frecuentemente por descargas más o menos largas de puntas-onda, lentas, generalizadas, pero a menudo asimétricas y asíncronas, pudiendo localizarse incluso en una o en las dos regiones temporales, manifestándose en este caso de modo sincrónico o asíncrono.

Estas epilepsias comienzan en la infancia, persistiendo rara vez más allá de la segunda infancia; de modo excepcional pueden persistir o surgir en la adolescencia e incluso en la edad adulta.

La epilepsia generalizada secundaria se acompaña habitualmente de signos neurológicos o neurorradiológicos (atrofia cerebral), pero sobre todo de una sintomatología mental de predominio deficitario (R. Mises, 1968).

Estas crisis epilépticas se caracterizan por su resistencia a las terapéuticas propuestas, que son diferentes de los antiepilépticos clásicos y de eficacia a menudo pasajera, lo que obliga a modificar las medicaciones en función de los refuerzos periódicos de estas crisis bajo influencias mal determinadas. Por ello se proponen con diferente fortuna: los derivados del diazepam (Valium), la carbamazepina (Tegretol), el propilazetato de sodio (Dépakine) o la corticoterapia bajo la forma de cortisona, de hidrocortisona o de ACTH., simple, retardada o sintética (Cinaktène).

Estas epilepsias generalizadas secundarias, corresponden a lo que se ha denominado epilepsia difusa o multifocal infantil, o encefalopatía epileptógena grave.

a) Síndrome de West (espasmo infantil)

P. Gastaut, R. G. Soulayrol y cols., la describieron con este nombre en 1964. Se trata de una entidad electroclínica, que se caracteriza por espasmos, casi siempre en flexión y un trazado E. E. G. típico, denominado hirsutismo (F. A. Gibbs y E. L. Gibbs, 1952) o disritmia mayor lenta (H. Gastaut y A. Reymond, 1952). Las crisis clínicas han recibido otras denominaciones: espasmos saluatorios, espasmo infantil, *massive jerks*, *Blitz und Nichtkämpfe*, tic de salaam, pequeño mal propulsivo. Esta afección, que aparece en los lactantes (el 44% de los casos entre los 6 y los 12 meses), puede ser la primera manifestación de una encefalopatía anterior, post- o neonatal.

Clínicamente, los espasmos en flexión se presentan como contracciones musculares bruscas de predominio axial e inflexiones de corta duración (de uno a varios segundos), que afectan a la cabeza, tronco y miembros. Pueden ser generalizadas (flexiones bruscas de la cabeza hacia los pies) o localizadas (flexión de la cabeza, de los miembros superiores o inferiores). Aparecen a menudo en salvas, pudiendo repetirse frecuentemente durante el mismo día. Se han descrito crisis amiotónicas y crisis convulsivas generalizadas asociadas a espasmos de flexión.

La traducción eléctrica de los espasmos de flexión es variable e inconstante; casi siempre (67%) se observa una brusca desincronización del trazado. Los E. E. G. intercríticos en estado de vigilia se caracterizan por su gran amplitud, la ausencia de ritmo de base y el reparto difuso y anárquico de diferentes grafoelementos: ondas lentas polimorfas y puntas, cuya combinación da lugar a puntas-onda más o menos típicas y asíncronas. No se observan descargas organizadas o rítmicas. Estos elementos son arreactivos y continuos. El sueño fragmenta la hiparritmia y puede incluso hacerla desaparecer en fase V, revelando a menudo anomalías más o menos focalizadas habitualmente temporales.

El pronóstico del síndrome de West es muy sombrío. La gran mayoría de los niños afectados serán portadores de secuelas neurológicas y mentales (oligofrenia grave). Se han señalado, sin embargo, casos en que el desarrollo es normal. Varios autores han discutido la posibilidad de una asociación entre hiparritmia y psicosis o entre hiparritmia y autismo. L. T. Taft y H. J. Cohen (1971) aventuran diversas hipótesis a propósito de la relación síndrome de West-comportamiento autístico:

- Los dos trastornos pueden estar unidos por coincidencia y no existir relación causal. Los dos pueden ser la consecuencia de una anomalía biológica del sistema nervioso central que predisponga a determinados lactantes al espasmo infantil y/o al autismo infantil precoz. En dos de estos casos, la anamnesis revela que el autismo había aparecido antes que la hiparritmia.

- La encefalopatía asociada con espasmos infantiles puede haber dejado secuelas específicas del desarrollo del autismo; el comportamiento social y adaptativo de uno de sus pacientes era normal antes de la aparición de las crisis.

- La terapia de las crisis con esteroides podría haber desencadenado la psicosis. Esta hipótesis les parece poco verosímil, dado que las psicosis inducidas por esta medicación desaparecen con la supresión de ésta.

- Durante el período de anormalidad E. E. G. y tras la cesación de las crisis, se supone que los lactantes funcionan a niveles tan profundamente retardados, que no pueden entrar en interacción y como consecuencia presentan un comportamiento pseudoautístico. Pero esto no explica que se haya descubierto un C. I. de 113 en un paciente.

El tratamiento con ACTH. o hidrocortisona, puede mejorar netamente el pronóstico epiléptico, siempre y cuando su instauración sea precoz. Se han preconizado también tratamientos con preparados diazépínicos (Mogadon) (H. M. Weinmann, 1966; F. A. Gibbs y E. M. Anderson, 1965). Señalaremos aún, junto con P. Passouant y cols., que la hiparritmia y los espasmos en flexión no siempre se presentan asociados. Existe la posibilidad de que haya espasmos sin hiparritmia y puede aparecer esta última sin que se den las manifestaciones clínicas del síndrome de West. En este último caso hay sin embargo manifestaciones epilépticas y deterioro intelectual.

b) Síndrome de Lennox (variante de petit-mal)

Esta afección traduce también la presencia de una encefalopatía epileptógena: encefalopatía epiléptica infantil con puntas-ondas lentas difusas (H. Gastaut, R. G. Soularz y cols. 1966).

Generalmente su aparición es más tardía que la del síndrome de West. Su etiología se distribuye del siguiente modo: un 30% de formas primitivas, un 36% debidas a factores perinatales, un 18% a factores posnatales, meningitis, encefalitis, etcétera, y en un 14% existen factores hereditarios.

Desde el punto de vista clínico, las dos variedades de crisis que se encuentran con más frecuencia, generalmente asociadas, son: *crisis tónicas*, axiales o axorizoméricas, globales o parciales y seguidas o no de automatismos; *ausencias atípicas*, o ausencias variantes de pequeño mal, cuyas características han sido descritas anteriormente. *Crisis tonicoclonicas*, que son más raras. A veces las crisis pueden ser repetitivas e incluso originar estados de mal epiléptico, ausencias o estatus de crisis tónicas.

El trazado electroencefalográfico intercrítico muestra una actividad de fondo lenta, difusa, que no reacciona a la apertura de los ojos, y traduce la existencia de un *stress* cerebral difuso. El elemento típico del síndrome de Lennox consiste en las puntas-ondas lentas (2 c/s), de distribución esporádica, en salvas o de forma subcontinua, de repetición irregular y pseudorítmica. Pueden ser generalizadas, simétricas o asimétricas y predominar sobre un hemisferio o un lóbulo hemisférico (p. ej., temporal). Esta variación es susceptible de aparecer en un mismo sujeto de un día para otro. A veces se observan puntas-ondas más rápidas, de 3 c/s hasta 4 c/s, pero que no tienen la distribución bilateral sincrónica del pequeño mal típico. El método de activación E. E. G. más eficaz es el sueño, al revés de lo que sucede en el síndrome de West.

El síndrome de Lennox se acompaña de déficit intelectual grave, trastornos del carácter y de la conducta, así como de signos correspondientes a la encefalopatía (piramidales, extrapiramidales, etc.). El síndrome de Lennox es más frecuente que el síndrome de West. Ambas encefalopatías pueden considerarse como fisiopatológicamente parecidas y sus diferencias electroclínicas pueden ser debidas a la distinta edad de maduración cerebral.

Los antiepilepticos clásicos del pequeño mal típico son ineficaces o poco eficaces en el tratamiento del síndrome de Lennox. El tratamiento hormonal produce resultados pasajeros. El Valium es eficaz, pero tiene el inconveniente de su rápida eliminación.

3.º Epilepsias parciales o focales

La semiología puede ser elemental: *motora* (crisis Bravais-jacksonianas de marcha ascendente), *sensitivomotoras*, *sensitivosensoriales* (visuales, auditivas y vegetativas). A veces es más elaborada y se acompaña de manifestaciones psíquicas (ilusionales, alucinatorias o ideatorias) o de manifestaciones a la vez psíquicas y motoras; se habla entonces de *crisis psicomotoras* con automatismos.

Epilepsia psicomotora. — Se dice que la 6.ª parte de los epilépticos comprendidos entre los 3 y los 15 años presentan crisis psicomotoras (J. Roger, 1953; S. Livingston, 1954). La epilepsia psicomorfa infantil, aunque más rara que la del adulto, no es excepcional.

Los factores etiológicos, cuando se encuentran, son los traumatismos obstétricos y las infecciones del oído. En el niño, es rara por debajo de los 3 años; es todavía más compleja y polimorfa que en el adulto. Tanto en el niño como en el adulto existe una pérdida de conciencia de grado variable y automatismos psicomotores. Los trastornos psicosensores (alucinaciones e ilusiones), así como los trastornos paroxísticos del lenguaje son poco frecuentes, sobre todo en el niño de corta edad, mientras que los trastornos psicoafectivos y vegetativos son frecuentes.

Según P. Passouant y cols., los automatismos psicomotores tienen una estrecha relación con la edad. Los primeros en aparecer son los automatismos simples como: succión, deglución, flexión y extensión de los miembros. Hacia los 4 o 5 años aparecen automatismos más complejos con una finalidad aparente, como: rascarse, desvestirse, sonarse, acompañados a veces de sonambulismo. Después de los 12 años pueden aparecer automatismos eúpráxicos muy elaborados y complejos (p. ej., deambulación con actos coordinados). Las crisis de predominio psíquico aparecen también a esta edad (despersonalización, pensamiento forzado). Los trastornos afectivos y emocionales (mímica angustiada, agitación, llantos, súplicas) y vegetativos (vasomotores, cardíacos, respiratorios) pueden aparecer precozmente.

También son características propias de las crisis psicomotoras infantiles, su variación en un mismo enfermo, su aspecto atenuado y larvado, así como su asociación frecuente con crisis convulsivas (crisis adversivas, giratorias o de gran mal).

Con frecuencia se encuentran trastornos intercríticos neurológicos, déficit intelectual, trastornos psíquicos y del carácter.

Electroencefalográficamente, las anomalías pueden ser difusas, sobre todo en los niños de corta edad con retraso intelectual, o focales en los niños mayores. Generalmente los focos son posteriores y con la edad tienen tendencia a desplazarse hacia delante. A menudo son múltiples y variables. Las crisis tienen una expresión bioeléctrica parecida a la del adulto.

IV. — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, es importante distinguir las crisis ocasionales que se desencadenan en determinadas condiciones y que desaparecen al desaparecer éstas, y las crisis epilépticas verdaderas. Su definición y delimitación han dado lugar a múltiples controversias. A este propósito se han afrontado dos concepciones. Tomaremos como ejemplo las convulsiones febriles. Como dice J. Aicardi, "por una parte algunos epileptólogos argumentan que se trata, en efecto, clínica y sobre todo electroencefalográficamente, de crisis epilépticas, negándose a diferenciarlas de las epilepsias en general. Por otro lado, otros autores, junto con la mayor parte de los pediatras, hacen constar la rareza relativa de la epilepsia crónica residual, haciendo de ella una afección especial distinta de la comicialidad."

Convulsiones febriles (hiperpiréticas o iniciales).— Son las convulsiones ocasionales infantiles más frecuentes. No comienzan casi nunca antes de los 6 meses, siendo su máxima frecuencia entre los 12 y los 24 meses. La mayor parte de las veces se desencadenan a consecuencia de fiebre de origen infeccioso (generalmente por infecciones rinofaríngeas o en el comienzo de enfermedades eruptivas). Es posible que algunas infecciones actúen de modo electivo —exantema súbito, shigellosis, (J. Aicardi). Tienen tendencia a reproducirse, cada vez que se reproduzca la causa provocadora, hasta que la maduración de los mecanismos cerebrales posibilitan su desapa-

rición. Para J. Aicardi no hay duda de que constituyen una crisis epiléptica en el sentido neurofisiológico del término, pero el clínico debe distinguir las crisis febriles "verdaderas" de las convulsiones febriles reveladoras de comicialidad. A este fin el autor determina cierto número de criterios: 1) La crisis febril debe ser la primera manifestación convulsiva del niño; 2) Deben ocurrir a las 24 primeras horas de una elevación térmica que alcance al menos los 38,5°; 3) Que aparentemente no sea debida a una enfermedad del sistema nervioso; 4) La crisis debe ser de corta duración (inferior a 15 minutos), pudiendo repetirse, eventualmente, una o dos veces, pero sin originar un estado de mal; 5) Deben ocurrir en niños sin antecedentes neurológicos; 6) La edad debe ser inferior a los 3 años en la primera crisis; 7) Finalmente el E. E. G. no debe mostrar signos específicos o evocadores de comicialidad una semana después del accidente. Teniendo en cuenta estos criterios de modo estricto, el porcentaje probable de comicialidad posterior es débil (del orden de un 5%), pero aún es muy superior al porcentaje de frecuencia de epilepsia en la población general.

Para algunos autores, la epilepsia se encuentra mucho más a menudo en sujetos que han presentado crisis febriles; para otros la incidencia es mínima y en todo caso no es más elevada que en el resto de la población infantil. Tras un estudio catamnéstico, entre 84 niños que habían presentado crisis febriles, entre los 4 y los 10 años aproximadamente, M. Giardini y cols., han manifestado que 4 de los 84 son epilépticos, 28 de 40 E. E. G. practicados (en los no epilépticos) presentan alteraciones menores.

Espasmo del sollozo. — Fue descrito por R. Debré y F. Lévy en el año 1932. H. Gastaut distingue dos variedades: 1) Espasmo del sollozo incoercible, que puede originar en el lactante y en el niño pequeño, de 1 a 4 años, obnubilación de conciencia. Puede llegar a una pérdida completa de conciencia con relajamiento muscular o ligeros espasmos tónicos en extensión. El registro poligráfico permite precisar la semiología y la fisiopatología. Durante todo el desarrollo del fenómeno, el ritmo cardíaco no se enlentece y el electroencefalograma no se modifica; la pérdida de conciencia está en relación con una asfixia provocada por la bradipnea jadeante, responsable de una ventilación ineficaz. 2) Espasmos de la respiración cortada, que sucede después de una emoción violenta (reprimenda, bofetada, dolor). El niño lanza un grito prolongado, en el curso del cual bloquea su respiración durante un lapso de tiempo más o menos largo (de 5 a 20 segundos) mientras se observa cianosis del rostro; durante esta fase asfíctica el ritmo cardíaco está casi siempre acelerado, no hay ondas lentas en el E. E. G., pero cuando la respiración se reanuda, con un ritmo muy lento, se observa al mismo tiempo una importante bradicardia, pérdida de conocimiento con o sin espasmos tónicos y ondas lentas en el E. E. G.; no se trata por lo tanto de un síncope puramente asfíctico, sino más bien asfícticoisquémico.

Aunque es clásico individualizar el espasmo del sollozo en el cuadro de las convulsiones ocasionales infantiles, de hecho esto no es tan sencillo, a pesar de su modo de desencadenarse, sus características clínicas y su evolución (desaparece generalmente en el curso del tercer año). C. T. Lombroso y P. Lerman precisan que puede persistir después de los 6 años. P. M. Jeavons y cols., a consecuencia de una catamnesis hecha de 4 a 12 años después del comienzo de los trastornos encuentran que: 9 de 80 presentan aún espasmos, 43 (más de 1 niño de cada dos) han presentado otra forma de epilepsia, la mitad de ellos con anomalías neurológicas y sobre todo anomalías del E. E. G., localizadas o generalizadas. S. Pelc (1970) que las características clínicas (repentinidad del acceso, impulsividad, violencia, cefaleas, palidez, sueño postictal y amnesia), la presencia en el cuadro familiar de incidencias anor-

malmente elevadas de espasmos del sollozo, crisis de cólera y accesos epilépticos, la existencia (manifestada por el autor) de anomalías de tipo epiléptico en el E. E. G. intercrítico, pueden sugerir que el espasmo del sollozo revela un mecanismo fisiopatológico fundamental de naturaleza epiléptica. Si se aceptase esta tesis se iría en favor de la psicogénesis de algunas epilepsias. Como subraya L. Kreisler, M. Fain y M. Soulé, si se analizan las características del espasmo del sollozo, se comprueba que ocurre prácticamente siempre en una situación de relación y que esta situación es a menudo específica para un mismo niño, que se desencadena de una manera electiva en el cuadro familiar y frente a tal o cual personaje, que puede desaparecer por la separación de la familia y que surge como la brusca ruptura de un efecto desagradable; el efecto es de una calidad diferente según se trate de la forma azul o de la forma pálida; la personalidad del sujeto parece ser también diferente según se trate de una u otra forma. Estos autores, junto con otros, insisten sobre la frecuencia de trastornos funcionales asociados, bien como coincidencia o como consecuencia: anorexia, insomnio y vómitos. Se comprueba por otra parte una imprecisión en cuanto al porvenir de la organización psicológica. Estos autores, en su estudio, tienden a tratar estos trastornos dentro de una perspectiva psicodinámica; consideran que el espasmo del sollozo es siempre el indicador de una situación conflictual.

Crisis no epilépticas. — Las más frecuentes son los síncope y las lipotimias, que consisten en pérdidas de conciencia de origen cardiovascular, vagotónico. Se instauran progresivamente, acompañándose de signos neurovegetativos y de una atenuación de las sensaciones; el ortostatismo las favorece. El E. E. G., con compresión ocular (P. Laget y R. Salbreux, 1967) puede permitir el diagnóstico.

Crisis histéricas. — Pueden coincidir en un epiléptico con crisis verdaderas.

V. — CUADRO PSICOPATOLÓGICO

La crisis epiléptica, como acontecimiento imprevisto que interrumpe el curso de la actividad del sujeto, pudiéndose reproducir de manera más o menos previsible, va a determinar en el niño, durante su desarrollo intelectual, motor y afectivo, un modo especial de relacionarse con su familia, con el mundo de los objetos y con su entorno social. La estructura de la personalidad va a organizarse forzosamente alrededor y en función de la enfermedad epiléptica, determinando una especial manera de ser en el individuo. Todos los medios de aproximación actuales tienden al conocimiento de este individuo epiléptico, de lo que se ha llamado personalidad epiléptica o mentalidad epiléptica.

1.º Intento de aproximación psicológica o psicopatológica del fenómeno crítico

Tests durante las crisis

Mientras que las técnicas psicológicas han sido ampliamente utilizadas en los epilépticos, pocos autores han intentado aproximarse con estos métodos a lo que ocurría en el momento mismo del acceso.

Gracias al empleo de tests, B. Tizard y J. H. Margerison (1963), demostraron que

se producen breves alteraciones de la conciencia que acompañan a descargas de puntas-onda, incluso aunque estas descargas sean de breve duración y no exista ninguna otra manifestación clínica. Los autores demuestran asimismo que, durante una descarga bastante larga, es posible un pensamiento discriminatorio, llegando el sujeto a percibir dos luces diferentes o a distinguir un sonido grave de uno agudo. Durante la descarga de puntas-onda ocurriría algo que estaría en relación con la reducción de la "capacidad del cerebro" en el sentido de la teoría de la información. Lo que está alterado son las respuestas a estímulos que contienen un alto potencial de informaciones. Pero B. Tizard no habla del contenido afectivo de estas informaciones.

En 1964, D. Kimura estudia, en el curso de la epilepsia centroencefálica, los déficits cognitivos en relación con las actividades críticas. Llega a la conclusión de que existe un déficit de atención, más acentuado para los enfermos que presentan epilepsia centroencefálica, que para los que tienen epilepsia focal. Entre los primeros los más afectados son los que presentan mioclonias, sobre todo durante las descargas de puntas-onda.

En el curso de los registros E. E. G., J. Guey (1965) utiliza pruebas que implican una actividad gráfica continua, más o menos compleja, según el nivel mental del sujeto. Subraya que en el curso de salvas de puntas-onda lentas existen perturbaciones de la eficiencia tan pequeñas que escapan a la observación clínica. Esto plantea la cuestión de la validez de los resultados de los tests clásicos de eficiencia en ausencia de control E. E. G., y de las variaciones de la atención escolar, en niños que presentan numerosas descargas "infraclínicas" de este tipo.

Los registros telemétricos han permitido, gracias a los registros de larga duración de sujetos en situaciones lo más naturales posible, aproximarse mejor al estudio del fenómeno crítico. Cl. Yeager (1964) ha subrayado que gracias a este medio técnico, podrían ponerse de manifiesto, no solamente la influencia de los conflictos intrapsíquicos, sino también la de las perturbaciones de la relación parental, en la aparición y reparto de las crisis.

Con la telemetría, J. Guey y cols., han podido estudiar el reparto de ausencias de pequeño mal en el niño en función de sus actividades y de las situaciones en las que se encuentra. Declaran que la situación más favorable a la aparición de ausencias es aquella en que el niño se encuentra solo, sin actividad impuesta. Cuando la atención del niño se mantiene suficientemente, como ocurre durante las pruebas de inteligencia, la proporción de ausencias disminuye sensiblemente. Durante los tests proyectivos las ausencias aún se hacen más raras. Por el contrario, en sujetos sometidos a pruebas de carácter en las escuelas, han aumentado las manifestaciones clínicas. Los autores subrayan la importancia de los factores afectivos en las manifestaciones clínicas de las descargas y en el E. E. G. Estos hechos habían sido ya subrayados por W. Barker y cols. (1950), J. R. Stevens (1959) y L. S. Zegans y cols. (1964).

En el adulto, S. Geier (1971) ha podido recoger en telemetría un determinado número de crisis, llamadas menores y establecer que un número bastante elevado de manifestaciones clínicas presentan un aspecto funcional y no deficitario, que la pérdida de conciencia no es forzosamente el aspecto cardinal de la crisis, que muchos síntomas ligeros se parecen bastante a actos de comportamiento normal, que las manifestaciones clínicas son más cortas que los paroxismos E. E. G. que las acompañan y que todas las correlaciones electroclínicas son únicamente estadísticas y nunca individuales. En otro trabajo (1971), estudia los efectos del medio ambiente en epilépticos comparando la frecuencia de aparición de los paroxismos E. E. G. y clínicos en un grupo de adolescentes y adultos colocados en situaciones variables (p. ej., durante el recreo, la comida, el descanso, trabajos manuales, etc.). Los adultos serían más sensibles que los niños a las influencias del medio

ambiente, aunque los niños les lleven ventaja en los paroxismos E. E. G. Es como si los adolescentes ante un paroxismo difuso, tardasen más tiempo en elegir que los adultos, el hacer o no una crisis clínica. La edad es uno de los factores más importantes para orientar la elección; la frecuencia de los paroxismos L. E. G. disminuye con la edad, el número relativo de las crisis clínicas aumenta, en tanto que se restringe también con la edad la independencia frente al medio ambiente.

2.º Datos psicoanalíticos

La importancia evidente de los factores psicológicos que influyen en las crisis y en el comportamiento de los epilépticos han llevado a los médicos a interrogarse sobre el significado profundo del síntoma epiléptico y a preguntarse lo que representa para el individuo y como es utilizado desde el punto de vista económico y dinámico. Estos modos de investigación abren también perspectivas terapéuticas.

S. Freud propone considerar "la reacción epiléptica al servicio de la neurosis en cuyas características está el desembarazarse del lado somático de los complejos de excitación, de los que no puede librarse de otro modo".

Numerosos psicoanalistas han abordado el problema de la epilepsia (P. Clark, A. Kardiner, P. Schilder, I. Hendrick, R. Greenson, J. Guey, L. y A. Covello).

En estos trabajos, consagrados a la comprensión psicoanalítica de la epilepsia y de sus accesos, se considera que la enfermedad epiléptica tiene un sentido perturbando profundamente los mecanismos de funcionamiento psicológico. Desde S. Freud hasta A. Kardiner, los autores han insistido en la desorganización pulsional de los epilépticos, el bloqueo del libre juego de las funciones del Yo y el desplazamiento de la actividad libidinal. Un sistema bloqueado de tal modo tolera mal los cambios y resuelve sus tensiones con la respuesta global y arcaica de la crisis. En cuanto al significado de la crisis en sí misma se interpreta de diverso modo por los autores, aunque se encuentra una cierta convergencia de los temas: crisis de muerte sado-masoquista para S. Freud; deseo de muerte del niño o de sus padres para J. Guey. Equivalente libidinal de un coito extragenital para W. Reich y S. Freud. Refugio regresivo contra la irrupción de la angustia para P. Clark e I. Hendrick.

3.º Prueba de determinación de los factores psicológicos del desencadenamiento de las crisis o de las descargas eléctricas

Desde hace mucho tiempo se ha admitido la acción de las emociones sobre la epilepsia (véase L. Marchand y J. de Ajuriaguerra) ya sea inmediatamente, o bien tras un intervalo libre entre el choque emocional y el accidente comicial. Bajo la denominación de "reacción psicósomática transitoria" (denominación discutible), A. Grasset ha descrito una quincena de observaciones de crisis desencadenadas por una emoción pero siempre con cierto retraso. L. Sorel (1955) ha estudiado las relaciones cronológicas que están en juego, en lo que él llama epilepsia postemocional inmediata y diferida. L. S. Zegans y cols. (1964) gracias a un registro poligráfico, demuestran en un sujeto con pequeño mal, cómo en el curso de una relación transfereencial, determinados *stress* emocionales inciden sobre las descargas paroxísticas E. E. G. y sobre las manifestaciones vegetativas de la emoción, sin que haya entre ellas relación directa, sino todo lo contrario. Este estudio permite comprender mejor el papel de los factores emotivos y de la relación con los demás, en el pequeño mal, y aventura la hipótesis de que la aparición de descargas E. E. G., o de ausencias

puede ser un medio de escapar a la toma de conciencia demasiado cargada de afectos amenazantes. El trabajo de J. Berkhout y cols. (1969) completa el precedente, puesto que ha intentado distinguir, gracias a un procedimiento de análisis discriminativo, las respuestas E. E. G., a los estímulos verbales stressantes y no stressantes, pero su método no ha sido aplicado a la epilepsia ni a los epilépticos.

4.º Estudio psicopatológico intercrítico

a) Rendimiento intelectual de los niños epilépticos

Aunque las estadísticas antiguas mostraban un elevado porcentaje de retraso intelectual, esto era debido a la forma de selección de los grupos estudiados, generalmente de tipo institucional. En la actualidad las opiniones son distintas. D. Freudenberg, en un estudio sobre 380 niños, encuentra un C. I. normal o por encima de lo normal en un 57,5% de los casos. En el 17% de los casos el C. I. es inferior a 70. Del análisis de estos trabajos se deduce que: existe una mayor proporción de descenso del nivel intelectual en los casos de epilepsias sintomáticas que en los de epilepsias esenciales; el C. I. es tanto más reducido cuanto más corta es la edad del niño; cuanto más pequeño es el niño en el momento de la primera crisis más reducido es el C. I., la *hipsarritmia* es la forma en que es más frecuente el descenso del nivel intelectual y menos frecuente en los niños con ausencias. Muchos autores admiten que el C. I. es mayor en los casos de pequeño mal (E. J. H. Nuffield, Hertfoft), mientras que otros se oponen a esta noción y describen una proporción significativa de niños con pequeño mal junto a un C. I. bajo, y opinan que una inteligencia superior a la media no es más frecuente que en la población general (M. L. Etcheverry y otros, M. H. Charlton y M. D. Yahr). Según G. H. Glaser, cerca de la mitad de los niños que presentan crisis psicomotoras tienen un C. I. bajo.

La comparación de los diferentes trabajos da a veces una impresión de confusión debido al hecho de que los resultados varían según las poblaciones estudiadas, las formas de epilepsia, la edad de los sujetos, los tests empleados, de que el interés del autor se centre en tal o cual parámetro de las capacidades que desempeñan un papel en la expresión cognitiva (atención, asociación de ideas, capacidad de comprensión, vocabulario, perseveración (P. Pichot y cols. 1953; M. Stambak, 1953) o en el aprendizaje (D. Freudenberg, 1968).

¿Es legítimo hablar de deterioro intelectual? I. Talan (1953) nos advierte sobre este punto al formular la hipótesis de que la forma misma de inteligencia de los epilépticos estudiados toma prestados los mismos modelos que los que evidencian deterioro intelectual en el test de Weschler.

Es imprescindible repetir los exámenes, ya que a menudo se observan variaciones en los resultados en relación con las variables que dependen de la bradipsiquia, de trastornos del carácter o de los efectos medicamentosos. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, en algunos casos, el estado deficitario puede aumentar progresivamente.

El rendimiento del epiléptico no es modificado sólo por la detención o la regresión de las posibilidades intelectuales, sino también por dificultades de utilización del potencial. Así, el rendimiento puede salir bajo cuando está determinado por pruebas en las que interviene la *performance*, mientras que puede ser normal con las pruebas en las que no interviene el factor tiempo. Por otra parte, el rendimiento de los epilépticos puede disminuir debido a la perseveración que tienen algunos de ellos.

Algunos autores consideran que el proceso de deterioro depende de la frecuencia de las crisis, de su aparición en la infancia, de la localización de la lesión (sobre todo la temporal). En una población neuroquirúrgica constituida en parte por epilépticos graves, L. y A. Covello describen un reparto aproximadamente igual entre niveles altos y bajos. Subrayan de todas formas extratemporales, aunque encuentran en las primeras cierto número de epilepsias postraumáticas notables por disminuir el C. I. Existe, por el contrario, una relación entre los buenos resultados postoperatorios y el nivel mental, produciéndose una mejora del fondo mental tanto mayor cuanto mejor sea el nivel. Pero la discordancia de algunos resultados, como la mejoría postoperatoria de algunos tests de débiles mentales y la agravación o descompensación en sujetos de nivel subnormal, permitiría a estos autores discutir la hipótesis, según la cual, en los débiles mentales, la epilepsia tiene tendencia a recubrir por completo el campo psíquico y crear una unidad irreductible sujeto-enfermo, incluso cuando la epilepsia como tal desaparece.

R. Misés y cols. (1968), han estudiado los *síndromes de tipo demencial* en el niño epiléptico, bajo el ángulo de una clínica dinámica y estructural. Distinguen:

- Las formas demenciales en las que el déficit es indudable y ocupa un lugar importante en el cuadro clínico, sean cuales fueren los mecanismos defensivos y las emergencias sintomáticas que existan simultáneamente.

En estos casos se pueden encontrar síntomas descritos en los trastornos de la personalidad de los epilépticos o en los síndromes ansiosos, fóbicos, obsesivos o histéricos de la infancia. El cuadro final no es el de un simple déficit poslesional, sino que también traduce los mecanismos de defensa que dan a la personalidad un aspecto disarmónico, incluso cicatrizal, y que implica una importante falta de afectividad de las funciones cognitivas.

- Las psicosis con sintomatología deficitaria que se producen en los epilépticos. Las alteraciones globales en la organización de la personalidad y los modos de comunicación se traducen por una alteración masiva de la relación con la realidad. El lugar y el significado del déficit varían en cada caso. Ningún rasgo las distingue de las otras psicosis infantiles.

- Entre estos dos polos se sitúan las disarmonías evolutivas con sintomatología deficitaria. El déficit intelectual constituye una referencia central, pero además se intrincaen trastornos relacionales e instrumentales.

Además de los estados demenciales, debemos señalar en el niño, *estados confusionales* epilépticos de larga duración. Entre ellos, L. Oller-Daurella distingue dos grupos: estados confusionales con puntas-onda bilaterales sincronas (estados confusionales puros con puntas-onda de 3 c/sg., estados de ausencia atípica, estados confusionales con miodonias, estados confusionales con crisis clónicas, estados confusionales con fenómenos automáticos y estados de mal confusionales de tipo complejo con puntas-onda bilaterales); en el segundo grupo estarían los estados de mal del lóbulo temporal, que corresponderían a episodios confusionales con agitación y estupor y posible fuga epiléptica.

b) La mentalidad epiléptica

Muchos autores se han ocupado de describir una personalidad o una mentalidad epiléptica. Las características disríticas fueron ya señaladas por J. Falret (1861) y por C. Feré (1870). Este último autor considera que la irritabilidad es el rasgo dominante del carácter habitual de los epilépticos. Pero todos los autores insisten en la labilidad del humor, que oscila entre las reacciones de cólera y una benevolencia que puede llegar hasta una amabilidad molesta.

Sobre bases constitucionales se han aislado dos principales tipos de síndromes: el síndrome de eretismo y de hipercinesia y el síndrome bradipsíquico. El síndrome hipercinético se caracteriza por labilidad del humor, trastornos de la atención, inestabilidad psicomotora y cierta impulsividad. El síndrome bradipsíquico (síndrome enérgico) se caracteriza por una falta de iniciativa, por lentitud intelectual y motora, incapacidad para rehuir lo concreto, aferrándose a los detalles, lenguaje completo, que se pierde en disquisiciones, y repetido. La "perseveración", la "estereotipia" y la viscosidad son los rasgos esenciales de este síndrome. Fr. Minkowska individualiza, en el terreno nosográfico, una constitución que denomina "epileptoide" o "gliscroide" (viscosa). El epileptoide posee una afectividad concentrada, condensada, encogida, viscosa, que se adhiere a los objetos que le rodean, de los que no se separa con la facilidad que exigen las variaciones del medio, del que él no sigue el movimiento. La personalidad epileptoide se caracteriza por dos polos: el polo adhesivo, que es fundamental, y el polo explosivo. Fr. Minkowska sitúa al epileptoide en relación con el esquizoide (por un lado esquizofrenos — esquizoidos-racionales, por otro el epiléptico — epileptoide — sensorial) y el sintónico. Mientras que en los esquizofrénicos todo se disgrega, se disocia y se dispersa en los epilépticos todo se condensa, se concentra y aglutina. Analizando estos trastornos de la personalidad en 380 niños, P. Freudenberg (1968) encuentra que en un 54% padecen un cambio de personalidad de origen orgánico. Entre ellos, un 70% tienen un síndrome de eretismo e hipercinesia, y un 30% un síndrome bradipsíquico. La modificación de la personalidad es netamente mayor en los niños afectados de gran mal que en los afectados de ausencias. Este autor confirma la hipótesis que ya habían defendido H. Sauguet y H. Delaveye, de que los síndromes de eretismo e hipercinesia dominan en los primeros años de la vida, y alrededor de los 10 años domina la bradipsiquia en la epilepsia esencial. Ésta aparece más tarde en las epilepsias sintomáticas.

Aunque el término "epileptoidia" no nos parece adecuado, creemos que el cuadro descrito por Fr. Minkowska conserva su valor en el marco psiquiátrico. Sin que sea claramente comparable con la epilepsia, ya que muchos niños epilépticos no la presentan y pueden encontrarse en otros procesos, sería mejor reservar para este tipo de trastornos psicológicos (caracterizados por viscosidad, perseveración, apego a lo concreto, agresividad social, etc.), la denominación de "mentalidad gliscroide", según la terminología de Fr. Minkowska, o de "mentalidad proyectiva", según la de H. Wallon.

Lo que importa recordar es:

- no todos los niños epilépticos presentan cambios de la personalidad;
- los cambios de personalidad pueden encontrarse en niños con nivel de inteligencia normal.
- los cambios de personalidad no son específicos de los niños epilépticos, ya que se producen cambios equivalentes en niños afectados de enfermedades cerebrales orgánicas sin epilepsia;
- los cambios de personalidad no son homogéneos (D. Freudenberg).

5.º Parámetros de la personalidad epiléptica

Sin referirnos a ninguna de las concepciones de la mentalidad epiléptica, pensamos que la comprensión de la personalidad del epiléptico no puede separarse del estudio de determinado número de parámetros, convergentes e intrincados, en relación: con el mismo sujeto, su enfermedad, su familia y su medio ambiente sociocultural.

a) Datos biológicos

— Los datos biológicos, *hereditarios o adquiridos*, de un sujeto, no son ajenos ciertamente a la evolución de sus trastornos psíquicos y mentales. Podemos incluso aventurar que la evolución va a orientar el sentido de su relación con el medio ambiente y a influir *in fine* sobre la estructura mental a punto de formarse.

Aunque la personalidad epiléptica ha sido considerada durante mucho tiempo como la consecuencia del estado lesional que produce la epilepsia, pensamos, junto con M. Rutter que, si la incidencia de los factores orgánicos es importante, se puede suponer que la lesión cerebral actúa ordinariamente, no por una influencia directa sobre el comportamiento, sino más bien aumentando la vulnerabilidad del niño a las diferentes formas de agresión que entorpecen su desarrollo.

— La forma *electroclínica* de la enfermedad permite deducir un determinado tipo de sintomatología mental.

Se han descrito rasgos de personalidad en relación con formas de epilepsia o con sus características electroclínicas (J. Delay y cols.; H. Ey). Para D. A. Pond, se pueden encontrar síndromes psicológicos determinados siguiendo los tipos de manifestaciones comiciales. Así tenemos rasgos específicos de personalidad asociados al pequeño mal (pasividad, estado neurótico) o a la epilepsia temporal (acceso de rabia hiperquinesia en el niño o hipoquinesia en el joven).

— La antigüedad de la epilepsia era clásicamente tenida por responsable del descenso del nivel intelectual y de la gravedad de la organización de los trastornos mentales. En la población elegida por L. y A. Covello existe, por el contrario, una relación estadísticamente inversa, entre la precocidad de aparición, la duración de la enfermedad y la gravedad de los trastornos mentales, estimando incluso que sujetos que siempre han vivido con la enfermedad, están como protegidos por ella contra graves perturbaciones psíquicas y tanto más cuanto más joven es el sujeto. De hecho, esta manera de ver las cosas no puede ser general. R. Soulayrol, J. Roger y Dravet piensan que existen, quizá, determinados "momentos" en la maduración cerebral de un niño, o en su evolución, que están fuertemente amenazados y durante los cuales la irrupción de una enfermedad epiléptica, como es el síndrome de West, que aparece alrededor del 6.º mes, desorganiza de tal modo la estructura mental y afectiva de un sujeto que la recuperación de lo que queda no puede hacerse más que sobre un modelo psicótico.

— La acción de los medicamentos puede ser responsable de algunos trastornos del comportamiento. La mayor parte de los medicamentos antiepilépticos poseen una acción sintomática y algunos de ellos actúan de un modo más o menos específico sobre determinadas formas de epilepsia. De hecho, la acción de las terapéuticas antiepilépticas sobre el psiquismo del sujeto es bastante complicada. R. Soulayrol y J. Roger (1970) piensan que tienen efectos nocivos sobre el rendimiento intelectual y la aparición de trastornos mentales. Han observado un fenómeno de balanceo entre la mejoría de los paroxismos clínicos y E. E. G. de la epilepsia y la aparición de manifestaciones psíquicas. Hemos observado que en algunos niños una crisis convulsiva mejoraba trastornos de carácter preexistentes.

b) Datos psicosociológicos

— La repercusión social y el choque del entorno pueden afectar dolorosamente al epiléptico.

La influencia del medio psicosocial sobre los trastornos de su personalidad es al menos tan importante como cualquier trastorno cerebral subyacente (D. A. Pond; P. J. Graham). Para algunos autores, las manifestaciones del carácter del epiléptico serían reaccionales, haciendo de la personalidad epiléptica una personalidad secundaria. Autores anglosajones, como D. A. Pond, E. M. Bridge, P. J. Graham, entre otros, piensan en efecto que la actitud del epiléptico es la consecuencia directa, a la vez, de la anormal situación en que se encuentra por el hecho de sus crisis, del "malestar vital" (Mittelman) y del rechazo más o menos acentuado del medio que le rodea. Bargley (1971) ha estudiado el rechazo social que sufre el enfermo epiléptico. Piensa que el prejuicio desfavorable que existe hacia los epilépticos, está más cerca, desde el punto de vista psicológico, del prejuicio racial (con lo que supone de miedo, desconocimiento e imprevisión) que del prejuicio que existe hacia las enfermedades físicas, incluso las invalidantes, como son las enfermedades cerebromotoras. El análisis de la "distancia social" traduce un rechazo mayor para el epiléptico que para los enfermos mentales. Desde el punto de vista sociológico, Hauck compara a los epilépticos con las "minorías" contra las que la "mayoría" desarrolla sus prejuicios estereotipados discriminatorios. Estas minorías son utilizadas como grupo negativo de referencia y como chivo expiatorio sobre el que converge la venganza de las frustraciones colectivas.

— El ambiente familiar del epiléptico y de las relaciones que en él establece, con función de su enfermedad y sus consecuencias a nivel de los padres ha sido estudiado por D. Freudenberg y A. Grasset. Estos autores describen determinado número de actitudes en los padres bastante habituales frente al niño enfermo, oponiendo o combinando conductas hiperprotectoras o de rechazo, negando la enfermedad, disociando la pareja.

Los epilépticos sufren trastornos de tipo reaccional en relación con el modo de relación con los padres y con la actitud de una sociedad que les es hostil, que le teme y que le rechaza. Al principio, los padres se apiadan de este niño sin defensa y se sienten implicados en su enfermedad. Más o menos conscientemente van compartiendo el prejuicio hacia el "mal sagrado". Buscando ayuda y socorro, consultan numerosos médicos a fin de que se les tranquilice sobre el origen accidental y no hereditario de la enfermedad, que se encuentre una medicación eficaz y definitiva y que se les afirme que no se trata de una enfermedad crónica. El niño será rechazado o sobreprotegido y a menudo tema vergonzoso, su actitud será casi siempre ambivalente. Este rechazo, como dice D. Freudenberg, puede manifestarse de diferentes formas: impaciencia, falta de afecto, grandes castigos para faltas pequeñas, disgusto hacia las crisis y hacia el niño enfermo, piedad demostrativa de desprecio hacia el niño; hiperprotección que oculta agresividad reprimida; pero a veces según este autor, los padres se identifican totalmente con el niño, frente a la sociedad; luchan con todas sus fuerzas por los derechos del niño, que se convierte entonces en el centro de sus pensamientos y los demás niños deben soportar constantemente sus exigencias.

Creemos, por nuestra parte, que no es suficiente la observación de las actitudes de estas relaciones; pensamos, junto con J. Guey, que al igual que en otros terrenos de la patología humana, sería oportuno preocuparse de la panorámica familiar y de sus relaciones con la enfermedad, estudiar el sentido y la relación de esta última en el discurrir colectivo parental.

— D. A. Pond y cols., indican que, en la escuela, cerca de la mitad de los epilépticos han tenido dificultades escolares, independientemente de las crisis, puesto que

encuestas, como la de K. Vieillard (citada por A. Grasset), en Francia, prueban que la cifra de niños sujetos a crisis en la población escolar es cerca de 5 veces menor que la de una población normal. La fuente de las dificultades está por lo tanto menos representada por los fenómenos epilépticos, en sí mismos, que por las dificultades intelectuales o los trastornos psíquicos y neurológicos asociados. El rechazo de que es objeto el niño supone para él reacciones (simulación, negación) que aumentan su culpabilidad, problema que ha sido abordado por J. B. Green y L. C. Hartlage (1971) y K. Vallet (1972).

— Las instituciones para epilépticos pueden recoger algunos niños que son rechazados en la escuela. Según A. Grasset, solamente el 10% de los epilépticos se sirven de estos organismos. Estas instituciones están a veces obligadas a acogerles por razones que no son puramente médicas sino sociales: por ejemplo, niños rechazados por su familia, aunque tengan un tratamiento equilibrado. Estas instituciones no deben convertirse en asilos para epilépticos debido al peligro de sedimentación. Deberían servir como lugar de tratamiento para un gran número de ellos con trastornos de carácter o crisis muy frecuentes, haciéndose cargo de ellos a la salida un servicio medicopedagógico. En muchos casos, en lugar de internado, sería aconsejable organizar hospitales de día, provistos de medios psicopedagógicos y de clases limitadas, cuyos servicios medicopedagógicos se harían cargo tanto de los niños como de sus familias.

— En cuanto al empleo, una experiencia bastante significativa de J. Sands y Zalkin, demuestra la dificultad que existe en cambiar la actitud de los empresarios con respecto a los epilépticos. En una ciudad se hizo una intensa campaña de información para empresarios en favor de los trabajadores epilépticos, mientras en una ciudad diferente, de control, no se llevaba a cabo ninguna propaganda. Al comparar los resultados de la ciudad test y de la ciudad de control, no se encontraron diferencias estadísticamente valorables. Esto demuestra la profunda implantación del rechazo de que es objeto el epiléptico en el mundo del trabajo.

c) El mismo niño

Cuando se estudian los diversos parámetros, existe el riesgo de considerar al niño como un ser pasivo. Según M. De Negri y cols., la conciencia de enfermedad, referida a la condición epiléptica faltaría totalmente en el niño hasta los 6 o 7 años. De los 8 a los 12 años aparecería una conciencia parcial, imprecisa, en gran parte "derivada", y aunque a veces acceda al término "epilepsia", ello no implica aún el sentido "existencial" y "personalizado" del término.

Pero el niño puede tomar pronto conciencia de sus dificultades en un cuadro emocional, una de cuyas características será la fragilidad. Trastornos de comportamiento mal estructurados, unidos a la evolución de los síntomas comiciales y a experiencias de disolución vividas durante o a la salida de las diversas manifestaciones epilépticas, pueden crear estados en los cuales se confunden experiencias reales e imaginarias que engendrarán o reavivarán sentimientos de angustia, agresión, abandono o de inutilidad.

Para A. Kardiner, en el epiléptico se produciría un bloqueo de las reacciones afectivas, por alteración orgánica de la actividad cerebral, edificándose la personalidad del sujeto sobre un conjunto de fenómenos compensatorios a los que la historia personal de las reacciones afectivas da un contenido particular. Todos estos parámetros contribuyen, no a estructurar la personalidad de un epiléptico estándar sino

la de un epiléptico determinado, cuya evolución estructural comportará no solamente su enfermedad y los acontecimientos a los que ésta da lugar, sino también la historia de sus padres y de los fantasmas que le conciernen, las relaciones precoces madre-niño, los bloqueos afectivos posteriores, su actitud frente a los objetos, su lugar y su aceptación o no en la comunidad social, que puede o no tomarle como agresor y responder con el rechazo. Sólo este tipo podrá, si se utiliza de una manera dinámica, darnos una idea de lo que se ha llamado la personalidad epiléptica; si no es específica, al menos está determinada por la convergencia de parámetros cuya acción es variable según los sujetos. Las posibilidades terapéuticas deberán tener en cuenta la posible acción sobre cada uno de ellos.

La aparición de trastornos psíquicos parece unida, según R. Misés, a una historia compleja, en la que la valoración de los diversos factores no podría ser medida con exactitud; se pasa de una perspectiva explicativa a un acercamiento comprensivo, manteniendo la separación organoclínica. Todo factor patógeno carece de sentido a no ser por su inserción en niveles de estructuración sucesivos, a los que el mismo contribuye a alterar. Frente al niño epiléptico, un modelo de este orden permite tomar en consideración los diversos factores sin abrir una hendidura en el interior del campo psicopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

(Véase bibliografía sobre la epilepsia en la pág. 568)

- Agius, S., Pavan, L. — Relievi psicopatologici in soggetti affetti da corea di Sydenham: studio catamnestico. *Psichiatria*, 1969, 7/4, 379-405.
- Aicardi, J. — Encéphalopathies métaboliques et toxiques, 1781-1783 h. Pathologie neurologique néonatale, 1795-1796 r. En *Pédiatrie*, Débré, R., y Lelong, M., Puesta al día, 1971.
- Ajuriaguerra, J. de, y Hécaen, H. — Généralités sur les troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales. En *Encyclop. méd.-chir., psychiatrie*, 1955, II, 37500 A¹⁰.
- Akesson, H. O. — *Epidemiology and genetics of mental deficiency in a Southern Swedish population*. Almqvist and Wiksell, Uppsala, Suecia, 1961.
- Al-Aish, M. S., De la Cruz, F., Goldsmith, L. A., Volpe, J., Mella, G., y Robinson, J. C. — Autosomal monosomy in man. *New. Engl. J. Med.*, 1967, 277, 777-784.
- Alonso-Fernández, F. — Alcoholomanía en la infancia. *Rev. esp. de Pediat.*, 1970, 26/153, 283-298.
- Altman, J. — Nutritional deprivation and neural development, 359-368. En *Brain development and behavior*; Serman, M. B., McGinty (D. J., y Adinolfi, A. M., dirs.; Academic Press. Nueva York y Londres, 1971.
- Amiel-Tison, C. — Cerebral damage in fullterm new-born. Aetiological factors, neonatal status and long-term follow-up. *Biol. Neonat.*, 1969, 14, 234-250.
- Amman, F. — Investigations cliniques et génétiques sur le syndrome de Bardet-Biedl en Suisse. *Thèse Genève*, No 3045, éd., *Méd. et Hyg.*, 1968.
- Aubin, H., y Koupernik, C. — Troubles mentaux dans le rhumatisme articulaire aigu. En *Encyclop. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1955, t. II, 37600 C¹⁰.
- Bamatter, F. (bajo la presidencia de). — Toxoplasmosis. *Colloque international, Méd. et Hyg.*, 1970, 911, 509-518.
- Bamatter, F., y Jaspers, M. — Les embryopathies. *Psychiat. Infant*, 1962, 4, 313-406.
- Bavin, J. T. R. — The Genetics of Mental Deficiency. En *Foundations of Child Psychiatry*, p. 476-481. Dir. E. Miller, Publ. Pergamon Press, Oxford, Nueva York, 1968.
- Becker, B. A. — Exogenous drug influences on the developing nervous system: Teratology and perinatal toxicology, 613-651. En *Developmental neurobiology*, Himwich, W. A., dir; Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1970.
- Beckman, F. — Head injuries in children. *Ann. Surg.*, 1928, 87, 35.

Benedetti, P., Novelletto, A., y Persichetti Cardini, R. — Contributo allo studio psicologia dei bambini affetti da corea acuta. *Inf. Anormale*, suppl. 34, 1959, 645-664.

Bensaid, F. — Clés pour une lecture de la génétique. *Concours médical*, 1972, 94, 17, 3254-3264.

Berger, R. — Les anomalies chromosomiques constitutionnelles. *Presse Méd.*, 1971, 79/44, 43-44.

Berger, R. — L. S. D.-25 et anomalies génétiques. *Presse Méd.*, 1971, 79/41, 1779-1780.

Berger, R. — Trisomie 13. *Presse Méd.*, 1971, 79, 44, 1969-1972.

Berger, R. — Chromosome 18. Anomalies de structure (I). *Nouvelle Presse Méd.*, 1972, 1/9, 598-600. Chromosome 18. Anomalies de structure (II). *Nouvelle Presse Méd.*, 1972, 1/10, 663-664.

Berger, R. — Déficience du bras court du chromosome 5. Maladie du cri du chat. *Nouv. Presse Méd.*, 1972, 1/13, 873-875.

Berger, R. — Monosomies G. *Nouv. Presse Méd.*, 1972, 1/15, 1033-1034.

Berger, R., Percheron, G., y Escourolle, R. — Étude neuropathologique de 14 cas d'aberrations chromosomiques constitutionnelles. *Third International Congress on Congenital Malformations*. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1969.

Bergouignan, M., y Cohadon, F. — Essai de classification générale des encéphalites. En *Encyclop. méd.-chir. (Neurologie)*, 1964, II, 17047, A10, 8 pags.

Beucher, M., y Escourolle, P. — Les états démentiels chez l'enfant en dehors de la schizophrénie. *Rev. Neurol. Psychiat. inf.*, 1955, 3, 121.

Bickel, H., Hudson, F. P., y Woolf, L. I., dirs. — *Phenylketouria and some other inborn errors of amino acid metabolism*. Biochemistry. Genetics. Diagnosis. Therapy. G. Thieme, Stuttgart, 1971.

Birch, H. G. — *Brain damage in children; the biological and social aspects*. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1964.

Blanc, Cl., Launay, Cl., Trelat, J., y Neyraut, M. T. — Études électroencéphalographiques dans les psychoses et les démences de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1961, 3, 1-68.

Bogaert, I. Van, dirigido por. — *Viral Encephalitis*. Ch. C. Thomas, ed., Springfield, Ill., 1958.

Bogaert, L. Van. — Maladies nerveuses génétiques d'ordre métabolique (leçons de

Chaire Francqui, Université de Liège, 1961-1962). *Rev. méd. de Liège*, Univ. de Liège, 1962.

Bollea, G., y Baldassarre, E. — Le oligofrenie dismetabolice. *Quaderni di infanzia anormale*, 1966, 6.

Bollea, G. — Psicosi organiche acute. *Neuropsychiatria infant.*, 1970, 109, 265-304.

Bourdy, J. J. — Contribution à l'étude de monozygotisme hétérocaryote (à propos d'un couple: fille normale — syndrome de Turner). *Thèse Paris*, 1969.

Bousquet, M. — Où en sont les encéphalites virales? *Concours méd.*, 1971, 28, 5074-5078.

Bozza, G. A. — Sintomatologia psichica nel reumatico. *Infanz. Anorm.* 1959, suppl. 34, 711-721.

Bradley, C. — Organic factors in the psychopathology of childhood. En Hoch, (P. H. y Zubin, J.): *Psychopathology of childhood*. Grune and Stratton Inc., Nueva York, 1955.

Cameron, K. — Symptom classification in child psychiatry. *Z. Kinderpsychiat.*, 1958, 25, 241-245.

Carrier, H. — L'hydrocéphalie non tumorale de l'enfant. *Thèse Lyon*, Association typographique lyonnaise, 1969.

Carstairs, G. M. — A propos de l'étiologie des troubles psychiatriques chez les enfants: quelques études longitudinales de cohorte. *Psychiat. Enfant*, 1961, 4, 205-228.

Chabert, J. de. — Étude des démences infantiles. *Thèse Méd., Paris*, 1934.

Chess, S., Korn, S. J., y Fernández, P. B. — *Psychiatric disorders of children with congenital rubella*. Brunner/Mazel, Nueva York, 1971.

Clara, F. — Phénylcétonurie: il existe des phénylcétonuriques sans atteinte mentale, une déficience en glutamine est-elle à l'origine de la détérioration mentale? *Méd. et Hyg.*, 1971, 965, 929.

Cleobury, J. F., Skinner, G. R. B., y Wildy, P. — Association between psychopathic disorder and serum antibody to herpes simplex (type 1). *Brit. Med. J.*, 1971, 1, 438-439.

Colli Grisoni, A. — The brain-damaged child. *Diagnostica neurologica prece. Infanzia Anormale*, 1959, 30, 93-101.

Combes-Hamelle, A. — Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant. *Thèse Méd. Paris*, 148 pags. Impr. R. Foulon, Paris, 1941.

Corah, N. L. Anthony, E. J., Painter, P., Stern, J. A., y Thurston, D. L. — Effects of perinatal anoxia after seven years. *Psychol. Monogr.*, 1965, 79, whole No 596.

Corberi, G. — Dementia praecocissima, Dementia infantilis, Phrenasthenia avarético-aphasica tardiva und vorübergehende psychopathische Präpubertätszustände. *Z. Kinderforsch.*, 1931, 38, 268-274.

Corboz, R. J. — *Die Psychiatrie der Hirntumoren bei Kindern und Jugendlichen*. Springer, Verlag, Viena, 1958.

Corboz, R. J. — Les syndromes psychoorganiques de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9/1, 1-88.

Couvreur, J. — L'obstétricien et la toxoplasmose. *Concours méd.*, 1972, 94, 20, 3863-3872.

Crome, L., y Stern, J. — *The pathology of mental retardation*. J. and A. Churchill, Londres, 406 pág., 1967, 2.^a ed., 1972.

Dalla Volta, A. — L'alcoolismo iniziale nel bambino. *A Criança Portuguesa*, 1953, 13, 143-163.

Daniel, W. L. — A genetic and biochemical investigation of primary microcephaly. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1971, 75/6, 653-662.

Danon-Boileau, H. R., (dactil). — Contribution à l'étude des séquelles neuropsychiques de la méningite tuberculeuse de l'enfant, 375 pags. (*Travail de la clinique de psychiatrie infantile, Hôpital des Enfants-Malades*. Pr. G. Heuyer), 1953.

Debré, R., y Lelong, M. — *Pédiatrie*. Flammarion, Paris. Encéphale, 1677-1810, puesta al día 1971. Les maladies par aberration chromosomique, 13-13a, puesta al día 1968. Métabolismes, 1449-1562zp, puesta al día 1964, 1967, 1968.

Dennis, J. P., Rosenberg, H. S., y Alvord, E. C. Jr. — Megalencephaly, internal hydrocephalus and other neurological aspects of achondroplasia. *Brain*, 1961, 84, 427-445.

Desmont, G. — Diagnostic biologique de la toxoplasmose congénitale. *Méd. et Hyg.*, 1970, 842, 1901-1906.

Devallet, J. — *La paralysie générale chez l'enfant* (étude clinique), 98 pág. Jouve et Cie, edit., Paris, 1955.

Dewhurst, K., y Oliver, J. — Huntington disease of young people. *Europ. Neurol.*, 1970, 3, 278-289.

Dillon, H., y Leopold, H. L. — Children and the post concussion syndrome. *J. A. M. A.*, 1961, 175, 86-92.

Dishotsky, N. I., Loughman, W. D., Mogar, E. R., y Lipscomb, W. R. — LSD and genetic damage. *Science*, 1971, 172, 431-440.

Dobbing, J. — Undernutrition and the developing brain, 241-261. En *Developmental Neurobiology*; Himwich, W. A., dir.; Ch. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1970.

Drillien, C. M. — En *Comptes rendus du Congrès de Montpellier*, Richard, B. W., redact., 1967. M. Jackson, Reigate, Surrey, Inglaterra, 1968.

Drillien, C. M. — Studies in mental handicap. Some obstetric factors of possible aetiological significance. *Arch. Dis. Child.*, 1968, 43, 283-294.

Drillien, C. M. — Complications of pregnancy and delivery, 280-297. En *Mental Retardation*, vol. 1; Wortis, J., dir.; Grune and Stratton, Nueva York, 1970.

Dugas, M., Gallet, S. P. — Les facteurs péri-et postnataux de débilité mentale. *La Revue du Praticien*, 1966, 16, 2333-2340.

Dumont, M., Garmier, R., Gabriel, H., Thoulon, J. M., Reboul, J., Jacquot, D., y Vaiton, J. C. — Les amniocentèses. *Cahiers méd.*, Lyon, 1972, 48/6, 454-480.

Duranton, P. — La démence de Heller. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1953, 1, 571-575.

Dureux, J., B. — Genopathies et ambryopathies neuroophtalmiques. *Thèse Nancy*, 1955.

Eisenberg, L. — Psychiatric complications of brain damage in children. *Psychiat. Quart.*, 1957, 31/1, 72-92.

Elchardus, J.-F., Labruno, B., Ribierre, M., y Mallet, R. — Localisation encéphalique de la maladie généralisée des inclusions cytomégalliques du nouveau-né. *Ann. Pédiat.*, 1971, 18, 390-398.

Fau, R., Chateau, R., Tommasi, M., Gros Lambert, R., y Garrel, S., Perret, J. — Étude anatomo-clinique d'une forme rigide et myoclonique de maladie de Huntington infantile. *Rev. Neurol.*, 1971, 124/5, 353-366.

Fontaine, G., Gnamey, D., Fovet-Poingt, O., y Farriaux, J.-P. — L'hypothyroïdie par involution thyroïdienne acquise. *Sem. Hôp. Ann. Pédiat.*, 1970, 46, 26, 6-7; 1805/pág 457, 1810/pág. 462.

Ford, F. R. — *Disease of the nervous system in infancy, childhood and adolescence*. ed., Ch. C. Thomas, Springfield, Ill.

Garcin, R., Boudene, C., Ginsbourg, M. — Chorée fibrillaire de Morvan et polyradiculonévrite d'étiologie mercurielle probable. *Rev. Neurol.*, 1971, 125, 322-326.

- Gardner, L. I., dir. — *Endocrine and genetic diseases of childhood*. W. B. Saunders, Filadelfia/Londres, 1969.
- Gardner, R. A. — Psychogenic problems of brain-injured children and their parents. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7, 471-491.
- Gautier, A. — *Les méningo-encéphalites lymphocytaires chez l'enfant*. Expansion Scientifique Française, 172 p., 1954.
- Géraud, J., Jorda, P., y Rascol, A. — Encéphalites post-infectieuses. *Encycl. méd.-chir. (Neurologie)*, 17051 A10, 12 p.
- Gigonnet, J.-M., y Juif, J.-G. — Le diagnostic des sphingolipidoses du jeune enfant. Méthodes actuelles et perspectives d'avenir. *Presse Méd.*, 1970, 78, 50, 2249-2253.
- Godard, C. — Les hémorragies cérébrorénales des déshydratations hypernatrémiques du nourrisson. *Thèse Genève*, No 3155, ed. Méd. et Hyg., 1970, 907, 319-324.
- Greenebaum, J. V., y Lurie, L. A. — Encephalitis as a causative factor in behavior disorders of children; analysis of 78 cases. *J. A. M. A.*, 1948, 136, 923.
- Gregg, N. McA. — Rubella during pregnancy of the mother, with its sequelae of congenital defect in the child. *Med. J. Aust.*, 1954, 32/1, 313-315.
- Gregg, N. McA. — Congenital cataract following German measles in the mother. *Trans. ophthalm. Soc. Aust.*, 1941, 3, 35-46.
- Griffiths, A. D. — Association of hypoglycemia with symptoms in the new-born. *Arch. Dis. Child.*, 1968, 43, 688-694.
- Grouchy, J. de. — Les maladies par aberrations chromosomiques autosomiques, 13-13 zb-14. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M. Puesto al día, 1968.
- Guibaud, S., Robert, J.-M. — Environnement chimique et risque génétique. *Concours méd.*, 1972, 94/1, 26-35.
- Harms, E., éd. — *Drug addiction in youth*. International series of monographs on child psychiatry, 3, Pergamon Press, 1965.
- Harrington, J. A., y Letemendia, F. J. J. — Persistent psychiatric disorders after head injuries in children. *J. Ment. Sci.*, 1958, 104, 1205-1218.
- Harris, Ph. — Head injuries in childhood. *Arch. Dis. in Childhood*, 1957, 32/166, 488-492.
- Heller, Th. — Ueber dementia infantilis. *Zeitschrift für Kinderforsch.*, 1930, 37, 661-677.
- Herbert, M. — The concept and testing of brain damage in children. A review. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1964, 5, 197-216.
- Heuyer, G., Dublneau, J., Chabert, J. de. — Les démences infantiles. *Arch. Neurol.*, 1934, 12, 521-560.
- Heuyer, G. — Aspects psychiatriques des encéphalopathies infantiles. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1955, 3, 7-8.
- Heuyer, G., Feld, M., Gruner, J., y cols. — Malformations congénitales du cerveau, 447 págs. *Colloque International sur les Malformations congénitales de l'Encéphale*, Masson et Cie, edit., Paris, 1959.
- Higier, H. — Klinik der seltenen frühinfantilen erworbenen Demenzformen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1924, 88, 296-304.
- Ingraham, F. D., y Matson, D. D. — *Neurosurgery of infancy and childhood*, 456 págs. Publ. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill. 1954.
- Jakab, I. — L'aphasie dans la démence infantile. *Encéphale*. 1950, 39, 220-235.
- Jervis, G. A. — Huntington's chorea in children. *Arch. of Neurol.*, 1963, 9/3, 244-257.
- Jay, M. — Le développement intellectuel après les carences protidiques. Une enquête réalisée à la Réunion. *Rev. Neuro-psychiat. inf.*, 1972, 20, 3-4, 267-295.
- Juif, J. G., Gigonnet, J. M., y Berland, H., Ruff, R. — Aspects cliniques et biologiques des sphingolipidoses, 43. En *Rapports du XXII^e Congrès de l'association des pédiatres de langue française*, vol. 3. Strasbourg, 1969. Expansion scientifique française, Paris.
- Kappelman, M. M. — Prenatal and perinatal factors which influence learning, 155-171. En *Exceptional infant*, vol. 2: *Studies in abnormalities*; Hellmuth, J., dir; Brunner/Mazel, Nueva York, 1971.
- Keith, M., Norval, M. A., y Hunt, A. B. — Neurologic lesions in relation to the sequelae of birth injury. *Neurology*, 1953, 3/2, 139-147.
- Kissel, P., y Beurey, J. — Les géno-neurodermatoses. *Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française*. Nancy, 1953, 3, 273-320.
- Koupernik, C. — Quelques considérations sur les séquelles neuropsychiques du traumatisme crânien chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1962, 10/11-12, 617-628.
- Koupernik, C. — Problèmes posés par l'expertise psychiatrique d'un enfant victime d'un traumatisme crânien. *Ann. Méd. Lég.*, 1962, 42, 38-46.

- Kramer, F., y Pollnow, H. — Ueber eine hyperkinetische Erbrankung im Kindesalter. *Mshr. Psychiat. Neurol.*, 1932, 82, 1-40.
- Krevelen, A. Van, y Endiz, L. J. — Les modifications psychiques de la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1958, 6/7-8, 285-294.
- Lamy, M., Royer, P., Frezal, J., y Rey, J. — *Maladies héréditaires du métabolisme chez l'enfant*. 482 p. 2^a ed., Masson et Cie, ed., Paris, 1968.
- Langford, W. S., y Klingman, W. O. — Behavior disorders associated with intracranial tumors in childhood; report of cases. *Am. J. Dis. Child.*, 1942, 63, 433.
- Laugier, J., Borderon, J.-J., Rolland, J.-C., y Desbuquois, G. — La listériose du nouveau-né. *Sem. Hôp.*, Paris, 1971, 47, 43-44, 2493-2498.
- Lejeune, M., Gautier, y Turpin, R. — Les chromosomes humains en culture de tissu. *C. R. Acad. Sci., Paris*, 1959, 248, 602-603.
- Lejeune, J., Gautier, y Turpin, R. — *C. R. Acad. Sci.*, 1959, 1721-1722.
- Lerique-Kœchlin, A., Teyssonnière de Gramont. — Étude électroencéphalographique des traumatismes crâniens de l'enfant. *Arch. franç. Pédiat.*, 1958, 15/1, 87-93.
- Lhermitte, Fr. — *Les leuco-encéphalites*, página 263, Paris, Flammarion, 1950.
- Lugaresi, E., Sandri, M. R. — *Gli aspetti psicopatologici dell'epilessia*. Ediz. Bologna Medica, 1959.
- Luxey, Cl., Moron, P., Arbus, L., Lazorthes, Y. — Les séquelles neuropsychiques des traumatismes crâniens de l'enfant. *Presse méd.*, 1969, 77, 579-582.
- Lyon, G. — Contribution à l'étude des hémiplegies survenant au cours des premiers mois de la vie. 405 pág. *Thèse dactyl.*, Paris, 1956.
- Lyon, G. — Encéphalopathies progressives d'origine génétique, 1711-1724 a. Encéphalopathies congénitales non évolutives d'origine prénatale, 1725-1727 d. Maladies cérébrales d'origine périnatale, 1727 e-1727 l. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M., Puesto al día, 1971.
- Markham, C. H. — Huntington's chorea in childhood, 651-660. En *Progress in neurogenetics*, vol. 1: Barbeau, A., y Brunette, J. R., dirs; *International Congress Series*. No 175, Amsterdam, 1969.
- Maroteaux, P., y Horps-Cayla, M. C. — Le problème biologique des mucopolysaccharidoses. *Ann. Biol. clin.*, 1970, 28, 111-114.
- Masson, M., y Cambier, J. — Complications encéphaliques des maladies infectieuses. En *Encyclop. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1963-1964, t. II, 37600 A 10, 37600 A 20.
- Menibus, C. H., de, Schimpff, R. M., Henocq, A., Amar, R., y Dailly, R. — Gigantisme cérébral. *Sem. Hôp. Ann. Pédiat.*, 1970, 44, 11; 2864/pág. 796, 2869/pág. 801.
- Merritt, A. D., Conneally, P. M., Rahman, N. F., y Drew, A. L. — Juvenile Huntington's chorea, 645-650. En *Progress in neurogenetics*; Barbeau, A., y Brunette, J. R., dirs. Congrès Montréal, 1967. *International Congress Series*, No 175. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1969.
- Meurice, E. — Les troubles mentaux des leuco-encéphalites chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1961, 3/1, 261-273.
- Michaux, L., y Feld, M. — *Les phakomatoses cérébrales*. 2^e Colloque international sur les malformations congénitales de l'encéphale. S. P. E. I., Paris, 1963.
- Mises, R., Mises, J., y Beauchesne, H. — Le démemberment de la démence épileptique chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1968, 11/1, 181-286.
- Mollaret, P., y Schneider, J. — Encéphalites primitives à ultra-virus. *Encyclop. Méd.-chir.: Neurologie*, 1964, vol. II, 17050 A10, 8 págs.
- Money, J. — Intellectual functioning in childhood endocrinopathies and related cytogenetic disorders, 1004-1014. En *Endocrine and genetic diseases of childhood*, Gardner, L. I., dir.; W. B. Saunders Co., Filadelfia y Londres, 1969.
- Montis, G. de, Garnier, P., Thomassin, M., Job, J.-C., y Rossier, A. — La mucopolidose, type II (maladie des cellules à inclusions). Étude d'un cas et revue de la littérature. *Ann. Pédiat.*, 1972, 19/5, 369-379.
- Moor, L. — Le niveau intellectuel dans les aberrations chromosomiques portant sur les autosomes. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1970, 18/12, 943-966.
- Moraine, C., Laugier, J., Grenier, B., y Desbuquois, G. — Trisomie 13. *Ann. Pédiat.*, 1972, 19/2, 121-137.
- Morsier, G. de. — Études sur les malformations du cerveau. *Méd. et Hyg.*, ed., Genève, 1967.
- Mozziconacci, P. — Méniges purulentes aiguës, 1729-1758. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M., Puesto al día, 1971.
- Mozziconacci, P., Boisse, J., Lemonnier, A., y Charpentier, C. — *Les maladies métaboliques des acides aminés avec arriération mentale*. L'Expansion Scientifique, Paris, 1968.

Murphy, D. P. — *Congenital malformation. A study of parental characteristics with special reference to the reproductive process.* Univ. Pennsylvania. Press. Filadelfia, 1947.

Nooteboom, W. E. — *Some psychological aspects of the choreatiform syndrome.* Van Gorcum and Co., Assen, Holanda, 1967.

Oliver, J., y De Whurst, K. — Childhood and adolescent forms of Huntington's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1969, 32, 455-459.

Otto, U. — The post-concussion syndrome in children. *Acta paedopsychiat.*, 1960, 27/1, 6-20.

Parmelee, A. H., Michaelis, R. — Neurological examination of the new-born, 3-23. En *Exceptional infant.*, vol. 2: *Studies in abnormalities*; Hellmuth, J., dir.; Bruner/Mazel, Nueva York, 1971.

Partington, M. W. — The changing clinical picture of phenylketonuria, 26-28. En *Phenylketonuria and some other inborn errors of amino-acid metabolism*; Bickel, H., y cols., dirs; G. Thieme, Stuttgart, 1971.

Pasamanick, B. — Research on the influence of socio-cultural variables upon organic factors in mental retardation. *Amer. J. ment. Def.*, 1959, 64, 316.

Paunier, L. — Hypercalcémie infantile et sténose aortique supra-valvulaire. *Méd. et Hyg.*, 1968, 26, 1173-1176.

Pedersen, L. M., Tygstrup, I., y Pedersen, J. — Congenital malformations in newborn infants of diabetic women. *Lancet*, 1964, 1, 1124-1126.

Penrose, L. S. — *The biology of mental defect.* 3rd ed. Sidgwick and Jackson, Londres, 1963.

Perry, T. — En Clara, F. Phénylcétonurie. *Méd. et Hyg.*, 1971, 965, 929.

Petit, H. — La maladie de Huntington, 3-182. En *Congrès de psychiatrie et de neurologie*; Bruselas, 1969; Masson et Cie, 1969.

Pommier, M., Berger, Ch., y Lanson, Y. — Les problèmes de la Listériose en gynécologie obstétrique. *Sem. Hôp.*, Paris, 1971, 47, 43-44, 2489-2491.

Porot, M., y Perget, M. R. — Problèmes psychologiques et psychiatriques de la chorée de Sydenham. *Pédo-psychiatrie*, suppl. 45-53. L'expansion scientifique française, Paris, 1966.

Pouillaude, J.-M., y Pouzerate, C., François, R. — L'hyperthermie du nourrisson, ses dangers, son traitement. *Concours médical*, 1970, 92, 45, 8242-8245.

Prechtl, H. F. R., y Stermmer, J. — The choreiform syndrome in children. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1962, 4, 119.

Prechtl, H. F. R. — Neurological sequelae of prenatal and perinatal complications. *Brit. Med. J.*, 1967, 4, 763-767.

Radermecker, J. — *Systématique et électroencéphalographie des encéphalites et encéphalopathies*, 243 págs. Masson et Cie, éd., Paris, 1956.

Raffi, A. — Les thrombophlébites cérébrales chez l'enfant. *J. Méd. Besançon*, 1966, 2, 117-142.

Rallo, E. — Épilepsie myoclonique familiale progressive (syndrome d'Unverricht-Lundborg dans cinq familles valaisannes). Contribution à la recherche de son origine métabolique à travers l'étude de l'élimination des mucopolysaccharides urinaires. *Thèse Genève*, ed. Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae, Roma, 1968.

Rallo, E., Martin, F., Infante, F., Beaumanoir, A., y Klein, D. — Épilepsie myoclonique progressive maligne (Maladie de Lafora); étude clinique et biochimique d'un cas. *Acta Neurol. et Psychiat. Belgica*, 1968, 68, 356-369.

Roger, H., Alliez, J., y Roger, J. — La chorée fibrillaire de Morvan. Bilan de 70 observations dont 30 personnelles. *Rev. Neurol.*, 1953, 88, 164-173.

Rossier, A., Caldera, R., y Joly, P. — L'hypoglycémie néo-natale. *Ann. Pédiat.*, 1970, 17, 6-7, 413-425.

Rossier, A., Caldera, R., y Bideau, C. — L'hypocalcémie néo-natale. *Ann. Pédiat.*, 1972, 19/5, 359-368.

Rowbotham, G. F., y cols. — Analysis of 1.400 cases of acute injury to the head. *B. M. J.*, 1954, 726-730.

Royer, P. — Métabolismes, 1449-1562. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M.; Flammarion. Puesta al día, 1964-1968.

Royer, P. — Perspectives thérapeutiques dans les maladies héréditaires du métabolisme. *Rev. méd. Suisse*, 1972, 92/6, 419-428.

Rune, V. — Acute head injuries in children. *Acta Paediat. Scand.*, suppl. 209, 1970.

Salguero, L. F., Itabashi, H. H., y Gutiérrez, N. B. — Childhood multiple sclerosis with psychotic manifestations. *J. Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1969, 32/6, 572-579.

Sanjur, D. M., Cravioto, J., y Rosales, L., Vad Veen, A. — Infant feeding and weaning practices in a rural preindustrial setting. *Acta Paediat. Scand.*, suppl. 200, 1970.

Santa de Sanctis, S. — Sopra una sindrome della frenastenia cerebropatica postnatale "sindrome aparetico-afasica". *Riv. Ital. di Neurop. Psich. e Elettr.*, vol. 1, IX, 1906.

Schachter, M. — Pronostic neuro-mental des enfants ayant eu une chorée aiguë de Sydenham. *Note e riviste di psich.*, 1957, 10, 237-248.

Schaison, G., y Seligman, M. — Histiocytose X, 2166 a-2166 o. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M. Puesta al día, 1968.

Seitelberger, F., y Gross, H. — Ueber eine spat-infantile Form der Hallervorden-Spatz'schen Krankheit. *Histochemische Befunde, Erörterung der Nosologie. Dtsch. Z. Nervenheilk.* 1957, 176, 104.

Seligman, F. — Les séquelles affectives des traumatismes crâniens et leurs éventuels rapports avec des altérations électroencéphalographiques. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1965, 13, 517-529.

Smith, D. W. — *Recognisable patterns of human malformation.* W. B. Saunders Co., Filadelfia, Londres, Toronto, 1970.

Spranger, J. W., y Wiedemann, H.-R. — The genetic mucopolidoses. *Neuropädiatrie*, 1970, 2/1, 3-16.

Stanbury, J. B. — Recherches sur le goitre endémique en Amérique latine. *Chronique O. M. S.*, 1970, 17/3, 593-608.

Stein, Z. A., y Kassab, H. J. — Malnutrition and mental retardation. En *Mental Retardation: An annual review*, vol. 2; Wortis, J., dir.; Grune and Stratton, Nueva York, 1970.

Strauss, A. A., y Lehtinen, L. E. — *Psychopathology and education of the brain-injured child.* Grune and Stratton Inc., Nueva York, 1947 y 1955.

Strauss, A. A., y Werner, H. — Comparative psychopathology of the brain injured child and the traumatic brain-injured adult. *Amer. J. Psychiat.*, 1943, 99, 835-838.

Taylor, A. I. — Patau's, Edward's and cri du chat syndromes: a tabulated summary of current findings. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1967, 9, 78-86.

Teuber, H. L. — The premorbid personality and reaction to brain damage. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1960, 30, 322.

Teuber, H. L., Rudel, R. — Behaviour after cerebral lesions in children and adults. *Dev. Med. Child Neurol.*, 1962, 4, 3-20.

Thieffry, S. — Encéphalites et encéphalopathies para-infectieuses, 1769-1779. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M. Puesta al día, 1971.

Tredgold, R., y Soddy, K. — *Textbook of mental deficiency.* William and Wilkins Co., Baltimore, 1963.

Tridon, P. — *Les dysgraphies de l'axe nerveux et de ses enveloppes crano-rachidiennes.* 235 págs. G. Doin et Cie, Paris, 1959.

Tridon, P., y Thiriet, M. — *Malformations associées de la tête et des extrémités.* Masson et Cie, edit., Paris, 1966.

Tridon, P., Laxenaire, M., Weber, M., y Labourgade, F. — Forme infantile de chorée de Huntington. *Rev. Neurol.*, 1964, 110/5, 531-535.

Turpin, R., y Lejeune, J. — *Les chromosomes humains.* Gauthier-Villars, ed., Paris, 1965.

Ulf, O. — Brain injury syndrome subsequent to a bullet wound in a nine year old boy. *Acta Paedopsychiat.*, 1960, 5, 161-169.

Urechia, Cl., Retezeano, Al., y Maller, O. — La maladie de Hallervorden Spatz. *Encéphale*, 1950, 39/3, 197-219.

Usunoff, G., y Bojinov, S. — Encéphalopathie alcoolique aiguë chez l'enfant. *Encéphale*, 1964, 53, 311-343.

Vinken, P. J., y Bruyn, G. W. — *Handbook of clinical neurology*, vol. 10. *Leucodystrophies and poliodystrophies.* North Holland Publ. Co., Amsterdam; Amer. Elsevier Publ. Co., Nueva York, 1969.

Vinken, P. J., y Bruyn, G. W., dirs. — *Handbook of clinical neurology*, vol. 14. *The phakomatoses.* North Holland Publ. Co., 1972.

Walbaum, R., Breynaert, R., Delmat-Marsalet, Y., y Sapelier, J. — Translocation t (Dq21q) en mosaïque chez la mère d'un trisomique 21. *Ann. Pédiat.*, 1972, 19/3, 143-246.

Winick, M. — Malnutrition and brain development. *J. Pediat.*, 1969, 74, 667-679.

Wisa Wassef, H. — Les problèmes étiologiques et psychopathologiques de la chorée de Sydenham de l'enfant. *Thèse Méd.*, Paris, 1951, dactil., 159 págs.

Zaborowski, M. — *Séquelles psychiques des traumatismes crâniens de l'enfance. Problèmes étiologiques et médico-légaux.* 124 págs. Librairie Le François, Paris, 1944.

Zelson, C., Rubio, E., y Wesserman, E. — Neonatal narcotic addiction: 10 years observation. *Pediatrics*, 1971, 48/2, 178-189.

Züblin, W. — Chromosomale Aberrationen und Psyche. *Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica*, n.º 140, S. Karger, Basilea; 1969.

Colloque International sur les malformations congénitales de l'encéphale. Heuyer, G., Feld, M., y Gruner, J., bajo la dirección de, Masson et Cie, 1959.

Les encéphalites à virus. Rapports présentés à la 26.^a Reunión neurologique internacional, Paris, 11-12 junio 1963, Masson et Cie, edit., París, 1963.

Symposium der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, 26-27 Octubre 1963 en Basilea. Teratogenesis. Schwabe und Co. Verlag, Basel, Stuttgart.

Richard, B. W., redact. — Comptes rendus du premier Congrès de l'Association internationale pour l'étude scientifique de l'arriération

mentale. Montpellier, set. 1967. M. Jackson, Reigate, Surrey, Inglaterra 1968.

Symposium: Nutrition, growth and mental development. 18th annual meeting of the American Pediatric Society. Birch, H. G., Dobbing, J., Cravioto, J., Thomson, A., y Winick, M. *Am. J. Dis. Child*, 1970, 120, 395-413.

O. M. S. — Enrichissement des produits alimentaires. Malnutrition protéino-calorique. Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition. *Sér. rapp. techn.*, 1971. No. 477.

O. M. S. — Comité O.M. S. d'experts de l'éradication de la variole. *Sér. rapp. techn.*, No 493, 1972.

Epilepsia

Adams, R. D., Salam, M. Z. — L'épilepsie, processus physiopathologique en relation avec l'âge. *Schweiz. Med. Wchschr.*, 1967, 97, 1707-1716.

Aicardi, J. — Maladies convulsivantes, 1683-1710 m. En *Pédiatrie*, Debré, R., y Lelong, M. Puesta al día, 1971.

Aicardi, J., y Chevrie, J. J. — Convulsive status epilepticus in infants and children. A study of 239 cases. *Epilepsia*, 1970, 22, 187-197.

Ajuriaguerra, J. de. — La mentalité épileptique. *Rev. Psychol. appl.*, 1953, 3, 192-208.

Bagley, G. — *The social psychology of the child with epilepsy*. Routledge and Kegan Paul, Londres, 1971.

Baumann, Th., y Frey, R. — Epilepsie im Kindesalter. *Pädiatrische Fortbildungskurse für die Praxis*, 1969, 26, Karger.

Beaussart, M. — Epilepsie et hérédité. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 6, 341-350.

Benedetti, P., Cenni Corti, E., Porro, G., y De Giorgis, G. — La famiglia e l'epilepsia. Studio su 133 famiglie con figli epilettici. *Neuropsychiat. infant.*, 1972, 137, 920-942.

Berkhout, J., Walter, D. O., y Ross-Adey, W. — Alterations of the human EEG induced by stress-full verbal activity. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1962, 27, 457-469.

Bridge, E. M. — *Epilepsy and convulsive disorders in children*. Mac Graw Hill, Londres, 1949.

Bruens, J. H. — Psychosis in epilepsy. *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 1971, 74, 175-192.

Bureau, M., Guey, J., Dravet, C., y Roler, J. — Étude de la répartition des absences petit-mal chez l'enfant en fonction de ses activités. *Rev. Neurol.*, 1968, 6, 493-494.

Covello, L., y Covello, A. — *Epilepsie: symptôme ou maladie*. Hachette, Paris, 1971.

Charlton, M. H., y Yahr, M. D. — Longterm follow up of patients with petit mal. *Arch. Neurol.*, 1967, 16, 595-598.

Delay, J., Pichot, P., y Lamperiere, T., Perse, J. — *Le test de Rorschach et la personnalité épileptique*. P.U.F., Paris, 1955.

Ey, H. — *Études psychiatriques: étude n.º 26, épilepsie*, Desclée de Brouwer, Paris, 1954, 3, 519-652.

Flor-Henry, P. — Schizophrenia like reactions and affective psychosis associated with temporal lobe epilepsy. Etiological factors. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 126, 3, 400-404.

Freudenberg, D. — *Leistungs-und Verhaltensstörungen bei kindlichen Epilepsien* Karger, 1968.

Gastaut, H. — Epilepsies. *Encyclop. méd.-chir. (Neurol.)*, 1963, vol. 1, 17045 A10, 1-18.

Gastaut, H. — Groupement des crises épileptiques. Formes électrocliniques de l'épilepsie. *Encycl. méd.-chir. (Neurol.)*, 1963, vol. 1, 17045 A30, 1-8.

Gastaut, H., Roger, J., y Soulayrol, R., Pinsard, N. — *L'encéphalopathie myoclonique infantile avec hypsarythmie*. Masson et Cie, edit., Paris, 1964.

Gastaut, H., Roger, J., y Soulayrol, R. — Encéphalopathie myoclonique infantile avec hypsarythmie (Syndrome de West). *Encyclop. méd.-chir. (Neurol.)*, 1965, vol. 1, 17045 A80, 1-6.

Geier, S. — Minor seizures and behaviour. *Electroenceph., clin., Neurophysiol.*, 1971, 31, 499-507.

Geier, S. — A comparative tele-EEG study of adolescent and adult epileptics. *Epilepsia*, 1971, 12, 215-223.

Geier, S., Enjelvin, M. — La télé-EEG dans l'épilepsie. Bilan et perspectives. *Electroenceph., clin., Neurophysiol.*, 1971, 1, 3, 275-286.

Gianascoli, A. J., y Yeager, C. L. — Simultaneous study of behaviour and brain waves. *Amer. J. Psychiat.*, 1963, 120, 3, 279-281.

Gianascoli, A. J., y Yeager, C. L. — Telemetry and child psychiatry. A psychosomatic approach. *Psychosomatics*, 1964, 5, 317-321.

Giardini, M., Guareschi-Cazzullo, A., Jussi, M. I. — Prognosi delle convulsioni febbrili. Studio catamnastico. *Neuropsychiat. infant.*, 1972, 137, 883-902.

Glaser, G. H. — Limbic epilepsy in childhood. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1967, 141/5, 391-397.

Graham, P. J. — Psychiatric disorder in children with neuro-epileptic handicaps. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 517-521.

Grasset, A. — *L'enfant épileptique*. P.U.F., Paris, 1968.

Grasset, A. — Problèmes psychologiques des enfants épileptiques vivant en institution. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 577-583.

Green, I. B., y Hartlage, L. C. — Social and academic achievement in epileptic children. The role of parental attitudes. *Forth European Symposium on Epilepsy*, Amsterdam, 1971.

Guey, J. — Problèmes psychologiques des enfants épileptiques vivant dans leurs familles. Du symptôme au discours collectif. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 613-619.

Guey, J., Bureau, M., Dravet, C., y Roger, J. — A study of the rhythm of petit mal absences in children in relation to prevailing situations. The use EEG telemetry during psychological examinations, school exercises and periods of inactivity. *Epilepsia*, 1969, 10, 441-451.

Guey, J., Tassinari, C. A., Charles, C., y Coquery, C. — Variations du niveau d'efficacité en relation avec des décharges épileptiques paroxystiques. *Rev. Neurol.*, 1965, 112, 4, 311-317.

Harlin, V. K. — Experiences with epileptic children in a public school program. *J. Sch. Hlth*, 1965, 35, 20-24.

Helman, Z. — *Rorschach et électroencéphalogramme chez l'enfant épileptique*. P.U.F., Paris, 1959.

Hutt, S. J., y Hutt, C. — Hyperactivity in a group of epileptic (and some non-epileptic) brain damaged children. *Epilepsia*, 1964, 5, 334-351.

Kennard, M. A. — Inheritance of EEG patterns in children with behaviour disorders. *Psychosom. Med.*, 1949, 11, 3, 151-157.

Kennard, M.A. — The EEG of psychological disorders. *Psychosom. Med.*, 1953, 15, 2, 95-115.

Kerfriden, P., Kerfriden, M., Larzul, B., y Gastaut, H. — Étude électroclinique et psychotechnique d'une population d'enfants épileptiques intelligents. *Rev. Neurol.*, 1963, 109, 3, 329-333.

Kimura, D. — Cognitive deficit related to seizure pattern in centrencephalic epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1964, 27, 291-295.

Klove, H., y Matthews, C. — M. M. P. I. performances in major motor, psychomotor and mixed seizure. Classification of known and unknown etiology. *Epilepsia*, 1968, 9, 43-53.

Klove, H., y Matthews, C. — Neuropsychological evaluation of the epileptic patient. *Wisconsin Med. J.*, 1969, 68, 296-301.

Kreisler, L., Fain, M., y Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant. Spasmes du sanglot. *Psychiat. Infant.*, 1972, 15, 45-132.

Landolt, H. — Die Dämmer und Verstimungszustände bei Epilepsie und ihre Elektroencephalographie. *Deutsch. Z. Nervenheilk.*, 1963, 185, 4, 411-430.

Lennox, W. G. — Psychiatry, psychology and seizures. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1949, 19, 3.

Lennox, W. G., y Lennox, M. A. — *Epilepsy and related disorders*. Little, Brown and Co., Boston, 1960.

Liberson, W. T. — Emotional and psychological factors in epilepsy: physiological background. 110th Annual Meeting of the Amer. Psychiatric Association, 1954. *Amer. J. Psychiat.*, 1955, 112, 21, 91-106.

Lilienfeld, A. M., y Pasamanick, B. — The association of maternal and fetal factors with the development of epilepsy. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 1955, 70, 93.

- Loiseau, P., Cohadon, F. — *Le petit-mal et ses frontières*. Masson et Cie, ed., Paris, 1970.
- Lombroso, C. T., y Lehman, P. — Breathholding spells (cynotic and pallid infantile syncope). *Pediatr.*, 1967, 39, 4, 563-581.
- Mahl, G. F., Rothenberg, A., Delgado, J. M. R., y Hamlin, H. — Psychological responses in the human to intracerebral electrical stimulations. *Psychosom. Med.*, 1964, 26, 4, 337-368.
- Martin, F., Baierle, G., Carpelan, H., y Royo, D. — Étude d'un groupe d'épileptiques par le test de Rorschach. (Considérations neurologiques et psychosomatiques). *Arch. Suisses de Neurol. Neurochir. et Psychiat.*, 1960, 85, 328-356.
- Miribel, J., y Marinier, R. — Problèmes psychologiques des enfants vivant en institution. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 571-576.
- Mises, R. — Troubles observés chez les enfants épileptiques en dehors des crises. Discussion. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 523-530.
- Mises, R., Mises, J., y Beauchesne, H. — Le démemberment de la démence épileptique chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1968, 11, 1, 181-265.
- Negri, M. de, Lonati Grillo, V., y Bertamino, F. — La conscience de sa maladie chez l'enfant épileptique et I. M. C. *Journées annuelles du Groupement Français d'Étude en Neuropsychopathologie Infantile*. Gênes, 1972.
- Oller-Daurella, L. — Crises épileptiques psychiques de longue durée. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 547-557.
- Passouant, P., Cadilhac, J., Ribstein, M., Passouant-Fontaine, Th., y Mihailovic, L. — Épilepsie et maturation cérébrale. *Rapport au XVII^e Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue française*. Montpellier, 12-14 oct. 1959.
- Pelc, S. — Contribution à l'étude des spasmes du sanglot. *Rev. neurol.*, 1970, 123, 29-41.
- Pond, D. A. — Psychiatric aspects of epilepsy in children. *J. Ment. Psychiat.*, 1952, 410, 404-410.
- Pond, D. A. — Psychiatric disorders accompanying epilepsy in children. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 505-510.
- Raimbault, G. — *L'enfant et son image de la maladie*. La présentation par la mère de la maladie de son enfant.
- Roger, J., y Lesèvre, N. — Étude psychologique d'enfants épileptiques en fonction des formes électrocliniques de leur maladie. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1957, 5, 296-312.
- Royo, D. J. — Un aspect de l'efficacité des épileptiques. *Arch. Psicol. Neurol. Psychiat.*, 1964, 25, 51-80.
- Sal y Rosas, F. — El carácter epiléptico. Delimitación psicológica y clínica. *Rev. Psiquiátrica Peruana*, 1957, (Lima), 2/1, 3-21.
- Sauguet, H., y Delaveleye, R. — Les comportements psychologiques des enfants et des adolescents épileptiques. *Psychiat. Enfant*, 1958, 1/2, 261-334.
- Société de Psychopharmacologie de langue française. Nouvelles médications antiépileptiques. *Encéphale*, 1965, 54/5, 1-69.
- Soulayrol, R., y Roger, J. — Effets psychiatriques défavorables des médications anti-épileptiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 591-598.
- Stevens, J. R., Kodama, H., Lonsbury, B., y Mills, L. — Ultradian characteristics of spontaneous seizures discharges recorded by radio-telemetry in man. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1971, 31, 313-325.
- Taft, L. T., y Cohen, H. J. — Hypsarrhythmia and infantile autism: a clinical report. *J. Autism Childhd. Schizophrenia*, 1971, 1, 327-336.
- Tizard, B., y Margerison, J. H. — Psychological functions during wave-spike discharges. *Brit. J. Soc. clin. Psychol.*, 1963, 3, 6-15.
- Tomkiewicz, S. — La tétanie du grand enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1963, 11, 1-2, 19-24.
- Vallet, R. — Quelques aspects des difficultés scolaires chez l'enfant épileptique. *Ann. Med. Psychol.*, 1972, 1, 4, 485-505.
- Vidart, L. — L'hôpital de jour de Créteil pour épileptiques. *Réadaptation*, 1965, N.º especial.
- Vieillard. — Enquête nationale sur la scolarité des enfants épileptiques. *Courrier de Suresnes*, 1967, 1, 21-34.
- Wassman, M., Flynn, J. P. — Directed attack behaviour during hippocampal seizures. *Arch. Neurol.*, 1966, 14, 408-414.
- Williams, D. — The structure of emotion reflected in epileptic experiences. *Brain*, 1956, 79, 1, 29-67.
- Yeager, C. L., y Gianascol, A. J. — Psychological stress and petit-mal variant. A tele-meter study. *Amer. J. Psychiat.*, 1963, 119, 10, 996-997.

- Zegans, L. S., Kooi, K. A., Waggoner, K. W., y Kempf, J. P. — Effects of psychiatric interview upon parosysmal cerebral activity and autonomic measures in a disturbed child with petit-mal epilepsy. *Psychosom. Med.*, 1964, 26, 2, 151-161.
- Epilepsie, N.º especial. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 7-8, 501-628.
- Classification Congrès de Vienne. Informe de Oller Daurella, 1972.

LAS OLIGOFRENIAS

I. — CONCEPTO DE OLIGOFRENIA

Hasta el siglo XVIII, el término “idiotismo” englobaba un conjunto de trastornos deficitarios. Esquirol es el primero, ya en el siglo XIX, en establecer la distinción entre la demencia y lo que actualmente denominamos oligofrenia o retraso mental: “El demente está privado de los bienes que poseía, es un rico arruinado, mientras que el idiota siempre ha estado en el infortunio y la miseria.” Este autor distingue además dos grados de oligofrenia profunda: la imbecilidad y la idiotez. En esta época también encontramos el interés por la oligofrenia en la obra de Itard, en Francia; de Pestalozzi, en Suiza; Fröbel, en Alemania, y finalmente, en la de Seguin y D.M. Bourneville; todos ellos se dedican a crear medios de asistencia y de educación para los niños subnormales (remitirse al estudio histórico de L. Kanner).

Progresivamente se van desprendiendo nuevos conceptos como el de “debilidad mental”, forma particular de oligofrenia, y el de “encefalopatía infantil”, forma etiológica de oligofrenia. Ya en el siglo XX, se describen, dentro del grupo de los estados deficitarios, casos limítrofes de pseudodebilidad, síndromes psicóticos precoces y la parálisis cerebral infantil. Así, después de dos siglos, el concepto de estado deficitario, designado antes de Esquirol con el nombre de idiotismo o de degeneración, se ha dividido y extendido lentamente.

Sin embargo, la noción de oligofrenia o de déficit mental sigue siendo todavía poco precisa, porque depende de los distintos criterios que se empleen para definirla.

El *criterio psicométrico* empezó a utilizarse a partir del trabajo de Binet y Simon, los cuales publicaron a principios de siglo las primeras escalas de desarrollo intelectual, que en un marco escolar determinado, permiten, gracias a un test compuesto, descubrir los niños atrasados y medir en años este retraso en relación con la media de los niños de su edad. La noción de edad mental fue reemplazada posteriormente por W. Stern, por la de cociente intelectual (C. I.), el cual se obtiene calculando la relación existente entre la edad mental y la edad cronológica. Según esta definición, se consideran retrasados mentales a los sujetos que presentan un C. I. inferior a dos desviaciones-tipo de la media fijada para la población de la que forman parte. Lamentablemente se realizan a menudo aplicaciones sistemáticas someras y superficiales.

L. Binet tampoco se dejó engañar, ya que conocía las limitaciones del criterio psicométrico; en efecto, reconocía que en general, los niños clasificados como retrasados son víctimas de enfermedades de debilidad constitucional o de la malnutrición; entre ellos hay hijos de padres errantes, de sujetos que no han asistido a la escuela o

FAHCE Biblio. Central

Nro. Inv. 34283

Sig. Top. 616.089-013.2

Fecha de Alta 11.7.53

DEA J. S

que han asistido a una escuela en la que apenas han aprendido más que a coser o a escribir, o hijos de extranjeros que comprenden mal el francés, o finalmente hijos retrasados en sus estudios a causa de una miopía ignorada.

El W. I. S. C. (Wechsler Intelligence Scale for Children) permite diferenciar un C. I., verbal y un C. I., de rendimientos, pero las posibles significados de los resultados son múltiples. En la "nueva escala métrica de la inteligencia", (N. E., M. I.) R. Zazzo y el equipo del Hospital Henry Rousselle, hacen especial hincapié en los rendimientos motores por un lado, y sobre las funciones de organización espacial y temporal por otro. Es completada por la escala de desarrollo psicosocial (D. P. S.) de M. C. Hartig, que está emparentada con la escala de madurez social de Vineland, serie estandarizada de preguntas relativas a los rendimientos habituales del niño en el terreno del vestir, del lenguaje y de la comunicación, de la limpieza, etc.; también se parece a la escala de V. E. Doll que clasifica la conducta por grados de iniciativa personal y de responsabilidad social, y que admite que esta escala permite evaluar cuantitativamente los criterios sociales en los que pueden basarse las otras características del niño retrasado.

Criticando las escalas anteriores y buscando una forma de abordaje pluridimensional de tipo dinámico, R. Misès y M. Perron-Borelli (1971) presentan las "escalas diferenciales de eficiencia intelectual" (E. D. E. I.), que conservan la distinción, importante a nivel teórico, entre pruebas verbales y no verbales; especifican y precisan la distinción entre "inteligencia abstracta" e "inteligencia concreta", o entre "inteligencia lógica" e "inteligencia práctica", merced a pruebas de actividad categorial, por un lado en una prueba verbal y por otra, en una prueba no verbal; aíslan la evaluación de los conocimientos, convertidos en "automatismos" en el sentido de A. Rey; asimismo, intentan tomar en consideración los aspectos del desarrollo de la inteligencia más directamente relacionados con la comprensión de las situaciones y relaciones sociales y, aunque reconocen que el resultado global de su escala de "comprensión social" expresa sobre todo el grado de adhesión a estereotipias comunes, piensan que un retraso selectivo en la adquisición y la utilización adaptada de las nociones relativas a las relaciones sociales supone una perturbación de su investimento que puede afectar al conjunto del desarrollo intelectual, permitiendo el análisis cualitativo de las respuestas aclarar en cierta medida la naturaleza de esta perturbación.

El C. I., nos aporta un dato cuantitativo, pero no nos muestra la cualidad de la organización. Como señalan N. O'Connor y B. Hermelin: "el concepto del C. I. y la psicometría han retrasado el estudio de las estrategias y mecanismos implicados en la reflexión y la solución de problemas". Las pruebas clínicas de Piaget-Inhelder presentan el gran interés de abordar el estudio mismo de los procesos cognitivos en su evolución y en su mecanismo, aunque no son los únicos implicados en la concepción más común de retraso mental.

Otro criterio utilizado es el de adaptación social, el cual sólo puede definirse en relación con la sociedad. Se deben buscar las capacidades de adaptación, las cuales son variables de una sociedad a otra y diferentes según la edad.

En la mayor parte de países en que la enseñanza es obligatoria, la noción de déficit mental está íntimamente relacionada con la capacidad escolar. Es evidente que esta capacidad sólo puede juzgarse en función de los métodos de enseñanza y de las exigencias escolares de cada sociedad.

Por otra parte, es difícil hacer una distinción, como han hecho algunos, entre niños "corregibles" y "educables", excepto después de que exista una educación adecuada ya desarrollada.

El *criterio biológico* es cada vez más importante porque aporta datos sobre la génesis de la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento.

Pero, como dice R. Zazzo, mientras que no se distinga claramente entre la causa y el criterio de la debilidad mental, no será posible una definición simple de oligofrenia. Para conseguir una definición útil debe reunirse una amplia información: biológica, sociocultural, afectiva, sin la cual no se pueden comprender las dimensiones espaciales y temporales de la personalidad. Si sólo se utiliza un criterio, el concepto de oligofrenia no puede tener un valor absoluto, pero puede tener un valor operacional, útil provisionalmente para la comunicación, la investigación y la terapéutica. Desde este punto de vista, se puede aceptar, con R. Heber, que el déficit mental depende de la asociación de dos criterios (cada uno de los cuales aisladamente es insuficiente): una inferioridad general del desarrollo intelectual que se inicia en el período de desarrollo y una mediocre cualidad de respuesta a los estímulos del medio natural y social ("deterioro del comportamiento adaptado").

En los manuales de terminología de los Estados Unidos, el retraso mental ("mental deficiency"), o más común "mental retardation") "se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que tiene su origen durante el período de desarrollo y que se asocia a una alteración de la conducta adaptativa" (American Association for Mental Deficiency: A. A. M. D.). El D. S. M. II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2.^a edición) de acuerdo con la C. I. M. 8 (Classification International des maladies, 8.^a revisión) de la O. M. S. sustituye "la alteración de la conducta adaptativa" por: "la alteración de la adaptación o de la maduración o de ambos en el aprendizaje y la socialización". Se trata, por tanto, de una descripción que elude los problemas de la etiología, de *natura versus nultura* y de la evolución, y considera el retraso mental como un fenómeno pluridimensional que comprende, entremezclados, aspectos fisiológicos, psicológicos, médicos, educacionales y sociales del funcionamiento y de la conducta humana; contrariamente a la revisión anterior de la O. M. S. (1958) que recomendaba el término de "subnormalidad mental", dividido en dos categorías separadas y distintas: "mental retardation" (retraso mental) para el funcionamiento subnormal debido a causas "ambientales", y "mental deficiency" (deficiencia mental) para el funcionamiento subnormal debido a causas "patológicas". Más adelante veremos que incluso la determinación del nivel de retraso es discutible.

I. — CLASIFICACIÓN

Se pueden establecer varias clasificaciones basándose en los criterios descritos anteriormente. Aquí trataremos algunas clasificaciones basadas en datos psicométricos o en los niveles de comportamiento de adaptación. Las clasificaciones de orden biológico se tratan en el apartado correspondiente de la etiopatogenia.

Las clasificaciones de la O. M. S. y las americanas subrayan el valor relativo del C. I. y clasifican los retrasos en "profundos", "graves", "moderados" y "ligeros", que corresponden a los niveles I a IV de la tabla III, página 577. La C. I. M. 8 comprende también un "retraso mental límite" que el seminario de la O. M. S. sobre la clasificación del retraso (Washington, D. C., 1969) propone sea reemplazado por una categoría de "variaciones normales de la inteligencia"; esta categoría comprende a los sujetos con C. I. entre 68 y 85 considerada como la forma ligera de retraso mental, o debilidad mental, obligaría a considerar el 15 o 16% de la población general como retrasada, y el porcentaje sería entonces mucho más elevado en los medios sociales desfavorecidos.

Según los *datos psicométricos*, los deficientes mentales se clasifican en: idiotas, cuando tienen un C. I. entre 0 y 20-25; imbeciles, cuando tienen un C. I. entre 25 y 40-50, y débiles mentales cuando el D. I. es inferior a 75.

Su correspondencia clínica es esquemáticamente la siguiente. En la idiocia el niño no llega a adquirir el lenguaje, en la imbecilidad el niño puede adquirir a veces los mecanismos de la lectura, pero no de su comprensión, y en la debilidad mental el niño no llega a adquirir la capacidad de abstraer una ley a partir de un fenómeno concreto. La O. M. S. ha fijado, para la oligofrenia profunda, al menos 5,3 desviaciones estándar por debajo de la media, es decir, un C. I. inferior a 20; para la oligofrenia grave, de 4,3 a 5,3 desviaciones estándar por debajo de la media, es decir, un C. I. entre 21 y 35; para la oligofrenia moderada, de 3,3 a 4,3 desviaciones estándar por debajo de la media, es decir, un C. I. de 51 a 70.

Los métodos psicométricos son muy útiles para hacer una clasificación de las oligofrenias y muy válidos desde el punto de vista estadístico. Tienen interés incluso para estudiar los casos individuales, sobre todo si se tiene en cuenta el análisis de cada ítem del test y si el examen se repite varias veces durante la evolución, ya que existe (sobre todo si se trata de un retraso mental ligero) una inestabilidad del C. I. que puede depender de las modificaciones biológicas generales del niño, de su evolución afectiva y del marco sociocultural en que se desarrolle.

Si se enfoca desde *el punto de vista asistencial*, el problema puede plantearse de forma distinta: capacidad de autoprotección, capacidad de comunicación, mayor o menor capacidad de independencia relativa, capacidad de inserción en un grupo o en una actividad social.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los estándares sociales varían de una cultura a otra (según el nivel tecnológico) y de una edad a otra (por el aprendizaje y la maduración), y pueden así modificar la adaptación social posterior. W. Sloan y J. W. Birch describen varios niveles de comportamiento de adaptación, con sus características según la edad, los cuales pueden ser muy útiles para la formación de grupos con la finalidad de una planificación de la asistencia, si se tiene en cuenta además la organización afectivocaracterial del niño (tabla III).

Por otra parte es evidente que, aunque se conozcan el C. I. y el C. S., no se tienen datos suficientes para describir los tipos de comportamiento. Aunque, de una forma esquemática, se describen algunas características básicas del comportamiento que pueden intervenir tanto en la clasificación desde el punto de vista asistencial, como en la predicción de la evolución ulterior de la oligofrenia, ello no es suficiente. Es preferible establecer perfiles de comportamiento a partir de estas características básicas. En efecto, una buena clasificación no puede hacerse únicamente teniendo en cuenta los signos deficitarios, sino que debe proporcionar una comprensión del tipo de organización psicológica del niño.

II. — FRECUENCIA DE LA OLIGOFRENIA

La frecuencia de las oligofrenias está en la actualidad relativamente bien establecida por las investigaciones basadas principalmente en criterios psicométricos. La frecuencia global de la oligofrenia entre los niños de edad escolar es de 1,5 a 5,5%, según las estadísticas. La investigación realizada en el cantón de Ginebra (J. Constantinidis, F. y A. Jaeggi) señala que la frecuencia de retrasados mentales de edad escolar oscila alrededor de un 2,6%. La frecuencia de la oligofrenia profunda es más precisa; oscila, según los autores, entre 0,3 y 0,6%. En Ginebra es de 0,37%. Según el estudio

TABLA III. — Clasificación del comportamiento de adaptación

(Según W. Sloan y J. W. Birch, 1955)

	Edad preescolar: 0 a 5 años. Maduración y desarrollo	Edad escolar: 6 a 21 años. Aprendizaje y educación	Adultos: 21 años. Adaptación social y profesional
Nivel I	Retraso extremado; mínimas posibilidades sensoriomotoras; necesidad de cuidados de enfermería.	Presencia de algún desarrollo motor; incapaz de aprendizaje que le permita adquirir autonomía; necesidad de cuidados totales.	Presencia de algún desarrollo motor y del lenguaje; totalmente incapaz de subvenir a su propia manutención, necesidad de cuidados y de vigilancia absolutas.
Nivel II	Mal desarrollo motor, lenguaje mínimo; generalmente incapaz de beneficiarse de un aprendizaje que le permita adquirir autonomía; nula o escasa capacidad de comunicación.	Puede hablar o aprender a comunicarse; puede adquirir hábitos de higiene elemental; no puede adquirir conocimientos escolares; capaz de aprendizaje de hábitos sistemáticos ("corregible").	Puede contribuir parcialmente a su propio mantenimiento bajo control total; puede adquirir capacidad de autoprotección a un nivel de utilidad mínimo en un medio controlado.
Nivel III	Puede hablar o aprender a comunicarse, mala concientización social, bastante buen desarrollo motor; puede beneficiarse de un aprendizaje que le permita adquirir autonomía; necesita una vigilancia moderada.	Hacia los 20 años puede haber adquirido conocimientos escolares del nivel de cuarto año de enseñanza primaria si se le da una educación especial.	Capaz de bastarse en su mantenimiento en oficios no cualificados o sencillamente; necesidad de vigilancia y de orientación frente a un stress económico o social ligero.
Nivel IV	Puede adquirir capacidades de contacto social y de comunicación; retraso mínimo en el terreno sensoriomotor; raramente distinguible del normal hasta edades posteriores.	Un poco antes de los 20 años puede haber adquirido conocimientos escolares del nivel de sexto año de enseñanza primaria. No llega a los temas generales tratados en la enseñanza secundaria. Necesita una enseñanza especial, particularmente en las clases secundarias.	Capaz de adaptación social y profesional con una educación y un aprendizaje apropiados. Necesidad frecuente de vigilancia y de orientación frente a un stress económico o social.

¹ Clasificaciones aproximadas ya que los datos corresponden a la investigación británica.

de la distribución de los retrasados mentales según el sexo, todos los autores admiten una preponderancia para el sexo masculino. La frecuencia relativa de débiles mentales, imbeciles e idiotas varía según los métodos de investigación y los lugares escogidos (tabla IV).

TABLA IV. — Frecuencia relativa de débiles mentales, imbeciles e idiotas

Autores	País	Población estudiada	Débiles	Imb.	Id.
H. Yannet	EE. UU. (1957)	Retrasados mentales de la población general.	75 %	20 %	5 %
H. Yannet	EE. UU. (1957)	Retrasados mentales internados.	40 %	30 %	30 %
G. Veit	Alemania (1940)	Retrasados mentales descubiertos durante el período escolar.	86 %	12 %	2 %
T. Kemp	Dinamarca (1954)	Retrasados mentales de la población general.	85 %	10 %	5 %
H. O. Åkesson	Suecia (1961)	Retrasados mentales de la población rural.	66,7 %	28 %	5,3 %
L. S. Penrose	Inglaterra (1938)	Retrasados mentales internados.	49 %	34 %	17 %
J. Constantinidis	Ginebra (1962)	Retrasados mentales descubiertos durante el período escolar.	85,6 %	9 %	5,4 %

Parece estar demostrado que los casos de oligofrenia profunda se hallan repartidos igualmente en todas las clases sociales de la población, mientras que los casos leves se encuentran sobre todo en las clases sociales materialmente bajas.

La oligofrenia plantea un problema especial a los epidemiólogos (Z. A. Stein y cols.), en efecto, es un atributo social que comprende al menos tres componentes: orgánico (alteración cerebral), psicológico (incapacidad) y social (minusvalía), que varían en su respectiva importancia. Por otra parte, en lo que concierne al retraso ligero llamado "cultural-familiar", no siempre es precedido de una alteración orgánica detectable y no siempre es acompañado de handicap mental en cuanto al componente social; a veces, la minusvalía mental es atribuida a sujetos que no presentan ni alteración cerebral, ni incapacidad intelectual. Todos los autores subrayan que la frecuencia de la oligofrenia es baja en los años preescolares porque sólo son detectadas, las formas graves, comprobándose la incidencia más elevada entre los niños en edad escolar, lo que refleja las exigencias y las supervisiones escolares. Además, como señala A. Kushlick, buen número de sujetos que sufren de dificultades de adaptación escolar se integran en la sociedad y llegan a ser independientes económicamente, y en ocasiones, el C. I. se eleva durante algunos años después de la edad en la que se considera que se detiene el desarrollo intelectual.

Una investigación epidemiológica no puede, pues, limitarse a un estudio psicomé-

trico que no coincide con las categorías nosológicas, las perspectivas evolutivas, ni generalmente con el potencial y, en consecuencia, con las exigencias medicosociales y psicopedagógicas aplicadas a estos casos. Teniendo en cuenta el hecho de que nuestras investigaciones deben conducir a una adaptación de nuestras organizaciones a las necesidades existentes, se deben establecer categorías que respondan a la organización del comportamiento (en el sentido general del término) de estos niños.

A. y Fr. Jaeggi, en 1963, realizaron una investigación epidemiológica en el cantón de Ginebra para determinar la frecuencia de niños de edades escolares (7 a 14 años), que debían ser mantenidos completamente por la sociedad debido a la profundidad de la oligofrenia (C. I. ≤ 50), y/o debido a trastornos de las relaciones interpersonales (psicosis), o a trastornos motores importantes. El reparto en categorías de comportamiento en el grupo de edad escolar (178 niños) revela los siguientes porcentajes:

Ausencia de motilidad y de lenguaje	4,5%
Locomoción autónoma, ausencia de la comprensión necesaria para una actividad de grupo elemental	23%
Trastornos mayores en las relaciones interpersonales	21,5%
Ausencia de trastornos que impidan una integración en una actividad social elemental (p. ej., mongólicos)	46%
Estado acompañado y agravado por trastornos motores importantes	5%

La asociación de oligofrenia con epilepsia plantea problemas sociológicos, educativos y terapéuticos particulares. La frecuencia de la epilepsia en los retrasados mentales es en general, según B. Hallgren y T. Sjögren, del 4,1%, y según H. O. Åkesson, del $7,6 \pm 2,3\%$. Esta cifra es mucho más elevada en el grupo de los oligofrénicos internados, según L. S. Penrose del 27,6%. Es evidente que la epilepsia es más frecuente en los oligofrénicos profundos (11,4% según H. O. Åkesson, 13% según J. Constantinidis) que en los débiles mentales (5,7% según H. O. Åkesson, 5,8% según J. Constantinidis).

II. — ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS OLIGOFRENIAS

Ni la etiología ni la noción cuantitativa que nos aportan los instrumentos de medición son suficientes para aprehender y comprender la personalidad del retrasado mental. El comportamiento del retrasado mental no es un estado de por sí, sino que es el resultado de su propia organización. Aunque en algunos casos su comportamiento depende de una falta de organización del funcionamiento cerebral, en particular de los casos con lesiones masivas, en otros casos su comportamiento está en relación con alguna forma de organización funcional que le es propia y que no depende únicamente de la importancia de la masa cerebral destruida. Teóricamente se puede decir que a una misma lesión (totalmente igual) le corresponde un mismo cuadro clínico, pero en realidad esto sólo es cierto en los casos de lesiones extremadamente masivas en los cuales el problema de la relación tiene poca importancia. En los otros casos, la lesión no es totalmente igual. Sin embargo, si se analizan los trastornos únicamente en el plano de la psicogénesis o de la sociogénesis, se corre el riesgo de apartarse excesivamente del déficit intrínseco de los componentes anatómofisiológicos. Para comprender mejor el retraso mental se debe partir de dos tipos de premisas: por una parte, la organización cerebral es indispensable para la organi-

zación de los procesos intelectuales y, por otra, la organización cerebral no es suficiente para la organización de este proceso. Así, el problema no se plantea exclusivamente en el plano cuantitativo o cualitativo del órgano, ni sobre el plano exclusivamente relacional. Para poder ayudar mejor al retraso mental se debe saber por qué ha alcanzado este estado, qué es capaz de hacer, cómo se estructura su personalidad y la forma cómo utiliza sus posibilidades a partir de los estímulos más o menos adecuados que se le ofrecen. La capacidad de utilizar un determinado potencial depende de numerosos factores. Así, por ejemplo, un estado deficitario puede aumentar por la aplicación de estímulos insuficientes o que no se correspondan con su capacidad de asimilación, y pueden así alterar el comportamiento de un retrasado mental y desorganizar sus capacidades integradoras, o bien cuando una modificación cerebral que ocasiona un déficit se acompaña, además, de modificaciones eléctricas cerebrales. De hecho, raramente nos encontramos frente a problemas de causalidad directa; generalmente se trata por lo menos de una causalidad de segundo grado. Por otra parte, como señala R. Zazzo, el C. I. no tiene el mismo significado para el niño débil mental, el normal o el superdotado. El hecho de que el desarrollo mental del débil mental no se produzca al mismo ritmo que su desarrollo físico (lo mismo puede decirse del retrasado mental), determina un sistema de equilibrio particular y probablemente todo un conjunto de rasgos específicos. R. Zazzo denomina heterocronia a este desequilibrio entre los distintos elementos de la personalidad del débil mental. Este autor ha defendido esta noción demostrando diferencias sensibles de la eficacia según el instrumento utilizado para medirla, es decir, que puede existir una cierta disparidad entre las diversas pruebas.

Determinados tipos de trastornos inherentes o sobreañadidos a la oligofrenia desempeñan un papel muy importante en la forma que adopta el estado deficitario. Así, trastornos sensoriales como los de la visión o la audición no pueden considerarse simples déficit sobreañadidos, ya que los primeros pueden ocasionar un déficit en la organización espacial y motora, y los segundos una falta de organización del lenguaje, y ambos pueden constituir una dificultad sobreañadida al proceso de categorización.

La evolución *perceptivomotora* desempeña un papel muy importante en la totalidad de la organización. Así, un trastorno del contacto o de la prensión de un objeto, en su totalidad o en sus partes, modifica la relación en sí misma. Un déficit motor (dificultad en adoptar la postura sentada o en la marcha), impide al niño aprehender el espacio experimentado. La falta de prensión o de manipulación impide el conocimiento del objeto. N. O'Connor y B. Hermelin han demostrado la importancia que debe darse a las características de la discriminación táctil y visual en estos enfermos. Sabemos que si, por una parte, los trastornos motores pueden ocasionar déficit en la experiencia perceptiva, y los trastornos sensoriales un déficit de la utilización práctica en los casos en que se halla implicada la acción y el resultado de la acción, por su parte, los trastornos sensoriomotores pueden ocasionar un déficit conceptual. Además, la inestabilidad psicomotriz puede dificultar la capacidad de aprendizaje, y algunos hábitos motores condicionados hacer perder a la acción su valor formador, dando lugar a un monólogo motor estéril.

El papel desempeñado por la *comunicación verbal* es también muy importante. Se sabe que las lesiones cerebrales pueden impedir, en las oligofrenias profundas, la organización verbal. Desde los trabajos de J. Tizard y J. G. Layle, se conoce también el importante papel que desempeña el medio social sobre este desarrollo, pero, si bien es verdad que la adquisición del lenguaje puede modificar la evolución y el comportamiento del niño, A. R. Luria ha demostrado que en algunos casos, en lugar

de desempeñar un papel de regulación, puede perturbar reacciones que han podido ser elaboradas directamente en las esferas motoras.

S. Borel-Maisonny subraya la ausencia relativa de paralelismo entre gravedad de los trastornos del lenguaje e importancia de la deficiencia mental. Describe tres niveles de lenguaje en la oligofrenia: 1) Sólo llega a adquirir palabras aisladas que completa con escasa mímica descriptiva; casi nula comprensión del lenguaje. 2) Consigue organizar el discurso yuxtaponiendo las palabras, construyendo frases cortas en conjuntos sin llegar a coordinar una narración inteligente; comprensión del lenguaje reducida a la de frases simples con abundantes contrasentidos; en las oraciones un poco complejas el sujeto confunde los pronombres, le molesta utilizar los relativos y comete faltas de coordinación de los tiempos. 3) Frases de construcción normal, pero con vocabulario pobre y estructuras expresivas poco variadas; la transcripción escrita del lenguaje es posible, y hasta correcta, pero la comprensión de la lectura de textos es bastante limitada; los trastornos del lenguaje aparecen más en una narración escrita que en una hablada. M. de Maistre aborda la deficiencia mental centrándose en los aspectos fundamentales de los problemas que plantea: 1) integración del lenguaje; 2) integración social; estos dos aspectos son complementarios, ya que la integración social no es posible si no se accede al sistema significante común. Esta autora ha intentado demostrar cómo esta integración del lenguaje podría realizarse gracias a un condicionamiento especial entre "las palabras y las cosas", entrenando al niño para que efectúe las estructuraciones de la experiencia simbolizada por las palabras. El lenguaje no es otra cosa que la experiencia universalizada conceptualizada. En el libro de esta autora pueden hallarse métodos de reeducación basados en este concepto.

Señalemos igualmente la importancia de las *comunicaciones extraverbales* que van desde los intercambios por contacto hasta los intercambios por imitación gestual rítmica. Por ello no se tiene interés en forzar a los niños a un aprendizaje de la lectura o de la escritura cuando no tienen una edad mental suficiente. Este aprendizaje se puede obtener más fácilmente por los métodos fonéticos y gestuales. El análisis fonético con un intermediario concreto, el gesto, constituye un medio de adquisición de los primeros elementos de la lectura, a partir de los cuales el lenguaje se podrá enriquecer eficazmente. Estas adquisiciones pueden dar lugar a una mejora del comportamiento general, tanto en los inestables y agitados como en los inhibidos (J. N. Henin y otros).

El *control emocional* desempeña un papel muy importante en el comportamiento del retrasado mental. Puede manifestarse bajo la forma de pulsiones heteroagresivas o autoagresivas, o bien en forma de alboroto o buena conducta. Estos trastornos del control emocional, que corren el peligro de ser una gran limitación para la organización, pueden modificarse por activaciones adecuadas o mediante psicoterapia.

Pero la *relación con los objetos* no es solamente un proceso perceptivo, sino que está siempre en conexión con la afectividad hacia el objeto: ausencia o excesivo afecto hacia el objeto, confusión objeto-sujeto (excluido cualquier problema perceptivomotor), no permanencia del objeto con persistencia de una forma de relación mágica, ausencia de causalidad. Todos estos trastornos pueden tener como fondo un modo interrelacional particular, pueden ser modificados por la psicoterapia y también por nuevas formas de realización funcional perceptivomotora que modifiquen el modo de relación. El niño retrasado mental se expresa generalmente mediante actos, pero existen varios tipos de comportamiento: la forma hipocinética, la hiperkinética o erética, la perseveración, etc. Estos comportamientos pueden ser de origen neuro-

lógico o estar relacionados con un componente tímico o afectivo. La actividad y la pasividad pueden representar un deseo o una oposición a los intercambios de relaciones, y estos tipos de actividad pueden modificarse por determinados tipos de activación, por nuevas formas de contacto y por la concienciación del esquema corporal.

Todo lo dicho anteriormente no significa que la personalidad del retrasado mental corresponda a una suma de los distintos déficit parciales, sino que son componentes cuya evidenciación permite actuar mejor sobre el niño. Aunque los clásicos describan diversos tipos de totalidad coherente, los estudios individuales revelan heterogeneidades de organización que dependen de un determinado nivel de eficiencia y de utilización del potencial.

Es muy conocido que los insuficientes intelectuales pueden presentar cambios del humor. V. Magnan ha insistido sobre la manía de los débiles mentales, caracterizada por una subexcitación (enfermo charlatán cuya actividad es estéril y pobre, manía pobre de los débiles mentales). También pueden presentar estados permanentes de apatía o reacciones depresivas consecutivas a una cierta concienciación de su estado o a dificultades sociales.

No son raros en estos niños los *trastornos afectivos* y hasta neuróticos. F. J. Menolascino individualiza un síndrome cerebral crónico asociado a un problema afectivo que puede ser secundario a la alteración cerebral subyacente o reactivo a la situación interpersonal. En este tipo de niños se corre el riesgo de interesarse en su componente afectivo sobresaliente, olvidando el papel del retraso mental acompañante, o viceversa. En la mayoría de estos casos es necesario estudiar todos los componentes coexistentes, tales como la interacción dinámica entre los factores constitucionales y los traumáticos cerebrales, la cantidad y la calidad de los cuidados maternos y los factores determinantes de índole familiar. Los trabajos sobre los estados psicóticos de los retrasados mentales han sido motivo de muchas publicaciones (S. L. Garfield, F. J. Menolascino, E. J. Anthony, J. L. Lang, R. Misès, etc.). Generalmente el problema se ha enfocado desde el punto de vista etiopatogénico, tanto si se considera que el retraso mental y la psicosis son debidos a una misma causa (p. ej., de tipo orgánico), como si se considera que el retraso mental es debido a una causa orgánica y los trastornos psicóticos a formas de relación madre-hijo gravemente alteradas desde los primeros años de la evolución, o bien que se trate de un síndrome autístico cuya patogenia es discutida, pero que debe diferenciarse de los retrasos mentales propiamente dichos. Este problema se plantea también en las llamadas encefalopatías evolutivas (E. Dupré, R. Targowla y A. Lamache, G. Heuyer y cols.). En estos casos se trata de formas deficitarias simples que posteriormente evolucionan hacia un deterioro más notable o hacia un síndrome de tipo esquizofrénico. G. Heuyer supone que la misma causa produce primero la debilidad mental y después la esquizofrenia. Aunque algunos autores suponen que la encefalopatía es evolutiva, en la mayor parte de los casos no existe demostración alguna, excepto en algunas encefalopatías dismetabólicas; de que las encefalopatías primarias pueden "activarse" durante su evolución, y en muchos casos son los factores ambientales los que desempeñan un papel importante. Por otra parte, ya los autores clásicos habían descrito los "brotos delirantes" de los degenerados, caracterizados por la aparición súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo tanto en su contenido como en sus manifestaciones, y otros autores han descrito en el adolescente o en el adulto la aparición de organizaciones de tipo esquizofrénico en pacientes oligofrénicos, denominadas "esquizofrenias injertadas", cuyo mecanismo patogénico no está aclarado.

Algunos retrasados mentales presentan *trastornos del comportamiento* asociales o antisociales clasificados en el grupo de las psicopatías. En realidad, la buena o mala inserción social no depende únicamente del nivel intelectual, sino también del carácter o bien es consecuencia de un trastorno del juicio. Es evidente que una incapacidad para frenar sus instintos, una incapacidad de autoestimación, componentes tímicos como la exaltación, reacciones impulsivas o un aumento de la sugestibilidad pueden ser la causa de reacciones antisociales. Las relaciones entre el déficit mental y la delincuencia han sido muy discutidas, pero las cifras varían considerablemente. Así, la proporción de débiles mentales entre los delincuentes es calculada por unos en un 40% y por otros en un 7%. Después de un estudio comparativo hecho en Estocolmo, entre un grupo de alumnos de clases especiales y un grupo de control de escolaridad normal, T. Ramer subraya que la criminalidad y el vagabundeo en los niños es del 11,3% en los alumnos de las clases especiales, contra un 10,5% en los alumnos del grupo de control. Así pues, el papel de la inteligencia parece despreciable. Por el contrario, si se compara un grupo de retrasados mentales calificados por su maestro de "temperamento inestable", la predisposición a la delincuencia se eleva a un 18% contra un 9% en los niños no calificados de esta forma. No debe olvidarse que todas estas estadísticas pueden resultar falseadas debido a que un gran número de delincuentes son suficientemente inteligentes para escapar de la justicia. Algunos autores (P. A. Jacobs y W. H. Price) han descrito aberraciones cromosómicas XXXY o XYYY en los delincuentes con déficit mental.

A. — OLIGOFRENIAS GRAVES

Clásicamente se consideran afectos de oligofrenia profunda a los adultos que tienen una edad mental menor de 7 años y un C. I. menor de 50, y dentro de este grupo se distinguen, por una parte, idiotas cuando la edad mental es inferior a 2 años y el C. I. inferior a 20, e imbeciles cuando la edad mental se sitúa entre 2-7 años y el C. I. entre 20-50. Aunque esta distinción es válida, se deben hacer subdivisiones en el grupo de la idiocia. Actualmente se tiende a adoptar la clasificación por grados de retraso.

I. — OLIGOFRENIA PROFUNDA

Dentro de este grupo se diferenciaba antiguamente el idiota "completo" del idiota "incompleto". En nuestra opinión tiene más interés distinguir dos tipos de idiocia: un tipo en el que sólo existen automatismos y otro en el que existe una cierta evolución con adquisición de determinados mecanismos elementales. La idiocia *automaticorrefleja neonatal*, acompañada o no de fenómenos paroxísticos, se caracteriza por la persistencia de los reflejos primitivos y por una falta de maduración que deja al niño a un nivel protopático. El niño tiene una vida puramente vegetativa y con reactividades monótonas, una vida oroalimenticia, reacciona a las aferencias externas con sobresaltos, retiradas, reacciones de irritación y a veces con quietud acompañada de un ligero relajamiento muscular. Una forma particular de este tipo de idiocia es la forma descerebrada, descrita por L. van Bogaert y cols., en la idiocia amaurotica infantil. Estos niños tienen una serie de adaptaciones posturales segmentarias, reflejos de automatismo medular, reflejos tónicos profundos del cuello,

reflejos vestibulares, reflejos de prensión y movimientos rítmicos. L. van Bogaert y otros han descrito unos reflejos especiales, los reflejos palmares o plantares de relación o respuestas rítmicas especiales, contracturas mentonianas rítmicas o reflejos rítmicos de deglución. Estos niños pueden presentar crisis tónicas de descerebración y a veces el estado tónico puede evolucionar hacia una rigidez permanente.

Junto a estas formas, en las cuales nuestra actividad asistencial se reduce a los cuidados de enfermería, existen otras formas de idiocia en las que existe un *cierto grado de desarrollo*, es decir, la adquisición de algunos mecanismos motores elementales, de relaciones afectivas simples y de una cierta capacidad de aprendizaje.

Frecuentemente, los niños afectos de idiocia presentan dismorfias cefálicas o faciales, aunque existen idiotas eumórficos. La frecuencia de estas malformaciones hace pensar en una etiopatogenia "orgánica".

Muchos autores han descrito en estos niños una sintomatología de aspecto psicótico, catatónico, autístico, con mutismo y cambios emocionales (fases de rabia y gritos), manierismo postural, etc. Todo esto ha hecho pensar que puede tratarse de episodios catatónicos aparecidos en idiotas psicotizados. Pero otros autores han llegado más lejos, poniendo en duda la naturaleza "orgánica" de algunas de estas oligofrenias profundas. Muchos investigadores han intentado establecer la diferencia entre las oligofrenias profundas y las psicosis precoces, organizadas desde un principio de forma deficitaria. Así, A. Bourne, en su estudio de los retrasados mentales "no orgánicos", se resiste a considerarlos como esquizofrénicos en el sentido clásico del término y admite que existe un fracaso de la organización de la personalidad, más que una desorganización como implica la noción de psicosis, y los incluye en un grupo nuevo que denomina protofrenia. Estudiando el estado deficitario disarmonico grave, R. Misès e I. Barande ponen de manifiesto las dificultades que existen para establecer una oposición clara entre psicosis sobre fondo deficitario y déficit de origen psicótico. Según estos autores, cuando se examina a estos niños es importante precisar cuidadosamente las disarmonías del desarrollo, buscar el carácter atípico de las relaciones, los trastornos de la alimentación, las manifestaciones de ansiedad y los síntomas precoces, insistiendo en los puntos esenciales: polimorfismo, inadaptación, estructuración particular. También señalan que detrás de los déficit debe buscarse el autismo, y detrás de la turbulencia, la agitación ansiosa de la despersonalización, y añaden, con razón, que a través del contacto con el niño se obtienen los conocimientos esenciales. Es muy importante movilizar a un niño sin lenguaje, intentar integrarlo en una actividad, por muy simple que ésta sea, y estudiar a través de sus matices la mímica, la forma de los contactos y los modos de manipulación de los objetos.

En estos trabajos generalmente se confunden los problemas etiológicos con los patogénicos. Desde el punto de vista etiológico se puede distinguir generalmente el carácter "orgánico" del "no-orgánico", pero desde el punto de vista patogénico existen organizaciones fijadas a un bajo nivel o desorganizaciones regresivas que adoptan estructuras particulares con su propio dinamismo, cuya patogenia merece discusión aparte.

II. — LA OLIGOFRENIA GRAVE O MODERADA

El imbecil puede realizar adquisiciones verbales, pero su lenguaje se mantiene asintáctico. El desarrollo psicomotor es variable, pero generalmente está alterado. La afectividad es elemental: unas veces con una sociabilidad viscosa y adhesiva y otras negativista; a menudo un fondo de amabilidad alterna con fases de cólera súbita y

actividad clásica. En grupos bien estructurados los imbeciles pueden tener una cierta autonomía, siempre que no se les exijan actividades complejas.

Aparte de los trastornos del comportamiento, deben estudiarse de una forma precisa la organización del pensamiento, de la percepción y del lenguaje, ya que estos estudios abren nuevos caminos al problema de la reeducación. N. O'Connor y B. Hermelin han realizado un trabajo experimental muy detallado sobre este tema que exponemos resumidamente. Se trata de un estudio comparativo entre imbeciles y niños normales de la misma edad y, entre los imbeciles, de un estudio diferencial entre mongólicos y no mongólicos. El análisis de la percepción elemental demuestra que está menos alterada de lo que cabría esperar en estos déficit profundos. En lo que concierne a las discriminaciones de formas complejas, el proceso de aprendizaje está alterado, en particular el reconocimiento de las semejanzas y las diferencias entre los objetos. Estas incapacidades pueden estar en relación con los trastornos del juicio o de la formulación verbal más que con una falta de discriminación perceptiva. Cuando el aprendizaje ha terminado, la generalización hacia los estímulos parecidos es mayor en los niños normales. El aprendizaje es discriminativo y más rápido si se aumentan las dimensiones del estímulo. Así, son necesarios menos ensayos para aprender a distinguir un estímulo que difiere de los otros en la extensión y la forma, que si sólo se diferencia por la forma. Estudiando el lenguaje de los imbeciles, estos autores demuestran que la limitación de su vocabulario se debe, al menos en parte (sobre todo en los niños que viven en instituciones), a su ambiente limitado y limitante. La estructura del lenguaje que emplean estos niños se asemeja a la del lenguaje de los niños normales en una etapa correspondiente del desarrollo mental, y los imbeciles pueden tener una cierta capacidad de generalización semántica. Respecto a la *lectura*, el hecho de conocer la significación de una palabra facilita su reconocimiento en la forma impresa. Analizando la naturaleza de los artificios que emplean para resolver problemas, N. O'Connor y B. Hermelin ponen de manifiesto que los niños afectos de un déficit profundo pueden utilizar conceptos como principio de clasificación, aunque sean incapaces de verbalizar estos conceptos, pero la ausencia de verbalización hace que la respuesta perceptivomotora aprendida sea inestable y fácilmente reversible. Por otra parte, la denominación puede transferirse de una imagen a la palabra escrita que la designa, y se les puede inculcar la discriminación entre la palabra escrita aprendida y otras que se le parezcan. Estudiando los procesos de codificación sensorial intermodal, estos autores demuestran que cuando el estímulo y la respuesta se refieren a la misma modalidad sensorial, dan lugar a un comportamiento estereotipado, mientras que cuando el estímulo da lugar a una respuesta sensorial intermodal, la movilidad del tipo de respuesta es mayor. Las experiencias demuestran que en los imbeciles el aprendizaje visual discriminativo está en función de la cantidad de información contenida en los estímulos, mientras que la memoria es independiente de la cantidad de información presentada en cada ítem. Los estudios comparativos entre los mongólicos y los no mongólicos, demuestran que los primeros realizan peor las pruebas de reconocimiento estereognóstico y los tests de dibujo, mientras que no parecen existir diferencias en la percepción visual, lo cual puede explicarse en función de la hipotonía y de la falta de *feed-back* cinestésico de los mongólicos. Este tipo de trabajos son muy importantes ya que, como señalan sus autores, tienen como finalidad la reeducación y, a largo plazo, el aumento del potencial de los deficientes de nivel mental bajo.

B. — DEBILIDAD MENTAL U OLIGOFRENIA LIGERA

Para Binet y Simon es débil mental el niño que puede comunicarse verbalmente y por escrito con los demás, y que presenta un retraso escolar de 2 años, si tiene menos de 9 años, o de 3 si tiene más de 9, siempre que este retraso no sea debido a una insuficiente escolaridad. Cuando llegan a la edad adulta, su edad mental oscila entre los 7 y 10 años.

Sin embargo, otros autores consideran que la insuficiencia de las funciones mentales no puede definirse solamente por medios psicométricos, y que las dificultades de adaptación social deben incluirse en el grupo de la debilidad mental. A. Rey, cuya competencia en psicometría es indiscutible, admite que para fijar el límite de la debilidad mental es necesario recurrir a otro tipo de criterios, como, por ejemplo, el fracaso frente a situaciones escolares y profesionales a las que se adaptan la mayoría de individuos, y el fracaso para organizarse y estabilizarse económica y socialmente una vida independiente. Según este autor, aunque la debilidad mental "puede caracterizarse en su grado por la incapacidad para resolver determinado tipo de situaciones-problemas, es sobre todo la vida y sus riesgos y la variedad cuantitativa y cualitativa de las pulsiones procedentes del organismo, las que forman prácticamente al débil mental. El estado intelectual no es más que un instrumento, mientras que la vida social y económica y las necesidades congénitas y adquiridas son las que plantean al sujeto mentalmente limitado las situaciones-problema".

Muchos autores se han interesado en describir la personalidad del débil mental. Unos consideran que está en relación con el déficit de base y de repercusión psicosocial que esto implica y otros creen que los déficit y la organización psicológica de los débiles mentales son la consecuencia de trastornos interrelacionales precoces.

La noción de *seudo-debilidad mental* se basa en un principio teórico, es decir, la existencia de un cuadro equivalente al de la debilidad mental en sujetos cuyo potencial intelectual propiamente dicho está intacto; asimismo se apoya en un principio práctico: la posibilidad de transformar el cuadro por una reeducación o una terapéutica adecuada que permita al sujeto adquirir o percibir los datos que le faltan. A. Benton considera que sólo pueden integrarse en este cuadro algunas formas de deficiencia mental de etiología atípica; por ejemplo, las consecuentes a una insuficiencia sensorial, de una deficiencia motora, de una privación cultural o de problemas emocionales, factores que pueden interferir en la evolución de la inteligencia.

Lasseudodebilidades son clasificadas clínicamente según su origen; J. L. Faure propone el siguiente esquema:seudodebilidades por un defecto de aportación del entorno,seudodebilidades por una inhibición de las posibilidades del sujeto yseudodebilidades debidas a dificultades específicas.

I. — TRASTORNOS INTELECTUALES

Es clásico decir que el débil mental se caracteriza por la pobreza de su juicio, de su capacidad de discernir y sus dificultades de abstracción. A. Rey señala que viendo o representándose sucesivamente los objetos, el débil mental no consigue, o consigue mal, percibir entre ellos determinadas relaciones: semejanza, oposición, sucesión, inclusión, exclusión, transformación reversible o irreversible. Los débiles mentales tienen dificultad para abarcar al mismo tiempo conocimientos y actividades del

pensamiento, características distintas, objeto, situación o valor, y para basar su actividad en la aportación simultánea de cada una de estas características.

Durante mucho tiempo nos hemos sentido autorizados y seguros para basar el diagnóstico de debilidad mental en el cociente de inteligencia. R. Zazzo analiza este problema y admite que el C. I. permite establecer una primera aproximación diagnóstica y una dicotomía entre el niño normal y el deficiente, pero no permite nada más, ni realizar verdaderas comparaciones entre la psicología del niño normal y la del débil mental, ni distinguir entre debilidad mental verdadera yseudodebilidad. Por otra parte, el C. I. no permite emitir un pronóstico, ya que si bien permanece casi fijo, los criterios de adaptación a la personalidad como unidad de integración se modifican con la edad. Cuando se utiliza una batería de tests: pruebas de eficacia psicomotora, de organización espacial, escolares (cálculo, ortografía, etc.), R. Zazzo pone de manifiesto que en los casos de debilidad mental se encuentra una discrepancia en los resultados, y que para el débil mental es normal tener, en relación a su nivel Binet-Simon, un nivel inferior en algunas pruebas y un nivel superior en otras. Por otra parte, este autor nos previene contra el peligro que significa comparar al débil mental con el niño normal de la misma edad mental. En realidad, señala, el débil mental puede tener ventajas debidas a la edad: mejores rendimientos físicos, más fuerza, más velocidad y quizá también mayor experiencia y condicionamientos e intereses más maduros en determinados aspectos, pero estas ventajas también tienen su contrapartida y, paradójicamente, pueden explicar algunas desventajas del débil mental en relación con los niños menores del mismo nivel mental. A través de los años los condicionamientos se multiplican y perfeccionan y el débil mental se convierte en un sujeto de hábitos. En estas circunstancias, señala A. Zazzo, el débil mental tendrá dificultades para adaptarse a situaciones verdaderamente nuevas, ya que en él, los condicionamientos dificultan la operación mental.

Estudiando la dinámica interna de la operatividad, B. Inhelder pone en evidencia las diferencias que se pueden establecer, mediante las pruebas operatorias, entre los modos de organización y de desarrollo del niño normal y los del débil mental. Mientras que el niño normal pasa de una forma relativamente rápida por varios estadios sucesivos, desprendiéndose, después de un período de oscilaciones, de las formas anteriores de su razonamiento, el débil mental prosigue el mismo desarrollo con un ritmo más lento, y cuando alcanza su límite superior, su razonamiento conserva a menudo las características de los niveles anteriores. Incluso puede decirse que si, en el niño normal, los sucesivos pasos de un nivel al otro se efectúan de una forma cada vez más rápida hasta el final de la adolescencia, debido a la movilidad creciente del pensamiento operatorio, en los débiles mentales se observa, al contrario, un entretimiento gradual del desarrollo que conduce a un estancamiento. Mientras que el pensamiento normal evoluciona hacia un equilibrio progresivo de las operaciones definido por la movilidad y la estabilidad creciente del razonamiento, el pensamiento del débil mental parece conducir a un falso equilibrio que se caracteriza por una cierta viscosidad en el razonamiento ("viscosidad genética"). Estudios recientes realizados por B. Inhelder —que exigen todavía un examen más atento— parecen indicar que en los débiles mentales intensos, que se sitúan en el límite de la imbecilidad, existe una llamativa homogeneidad entre los diferentes modos de razonamiento, una concordancia que permite situar las estructuras operatorias a un nivel preciso de la evolución genética. Se puede decir que esta homogeneidad es mayor en los débiles mentales intensos que en los niños normales en plena evolución.

Todavía más interesantes son los casos de los que tienen la misma edad cronológica (alrededor de 13-14 años), que se sitúan en el límite superior de la debilidad

mental, límite que B. Inhelder ha caracterizado anteriormente por una fijación en el nivel en que ha finalizado la operatividad concreta. Los sujetos que B. Inhelder tuvo la ocasión de examinar más recientemente confirman sus primeros resultados y responden a las definiciones propuestas y, además, aportan una serie de conocimientos nuevos. Así, se encuentran en estos sujetos resultados casi homogéneos de las operaciones concretas, no solamente en el sector de las nociones de conservación, sino también en los demás, relativos a las operaciones de clasificación, a las nociones de azar, a las construcciones geométricas, etc. Sin embargo, en ningún caso se encuentra el menor indicio de operaciones formales. Así, si se presentan a estos sujetos problemas cuya solución exige una organización de tipo formal, por ejemplo, la anticipación de un sistema de combinación, actúan no como preadolescentes normales en el umbral del pensamiento formal, ni incluso como niños que se encuentran a nivel de la equilibración provisional de las operaciones concretas, sino más bien como niños de 6 a 7 años capaces de elaborar solamente las operaciones concretas más elementales. A medida que el problema propuesto se hace más complejo y no puede acometerse mediante acciones parecidas, parece como si los sujetos ligeramente débiles mentales renunciaran a hacer cualquier relación ordenada de los conocimientos para repetir sin cesar las mismas acciones, esperando de alguna forma que la acumulación de intervenciones invariables produzca tarde o temprano el efecto deseado. Estos niños reaccionan frente a sus fracasos explicándoselos por relaciones de tipo mágico-fenomenológico.

Es evidente que este tipo de comportamiento del pensamiento del débil mental desempeña un papel importante en el conjunto de la *organización de su personalidad*. Así, será más frágil tanto frente a sus propias pulsiones y necesidades, como frente a la presión que el medio externo ejerza sobre él. Sus dificultades no significan que no sea capaz de adquirir o de retener algunos conceptos. A veces sus conocimientos permanecen fijos a un cierto número de clisés y de fórmulas que retiene y utiliza mejor o peor. Aunque, como señala M. Hurtig, puede mejorar sus resultados mediante algunas explicaciones, lo que demuestra su incapacidad para utilizar espontáneamente su potencial, en seguida, sea cual sea la fórmula adoptada para la prueba, persiste en sus rendimientos iniciales. "Lo que le caracteriza parece ser la utilización pasiva de sus adquisiciones, la incapacidad de realizar el esfuerzo creador necesario para comprender lo que se debe hacer para progresar a partir de lo que ha comprendido."

Algunos autores consideran que la debilidad mental se acompaña de debilidad motora. Nosotros hemos demostrado en otro lugar la ambigüedad de este último término. De hecho, en el plano de la eficacia motora propiamente dicha, no se puede describir un cuadro homogéneo. Aunque algunos niños afectados de debilidad motora presentan dificultades en la realización motora, esto no sucede en todos los casos. En cada enfermo interesa hacer un estudio detallado de sus posibilidades motoras porque de ello depende su modo de inserción social. M. Stambak ha descrito una diferencia de organización entre los débiles "exógenos" y los débiles "endógenos".

II. — ORGANIZACIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y DE LA RELACIÓN

Desde el punto de vista del comportamiento social y afectivo, G. Vermeylen y T. Simon distinguen dos tipos de debilidad intelectual: el débil armónico, en el cual el retraso intelectual no se complica con ningún trastorno del carácter, que muestra un cierto equilibrio en su comportamiento, llamado también "débil equilibrado" o "débil utilizable", que es capaz de utilizar sus reducidas capacidades en un determinado grupo social y profesional; y el débil *disarmónico* en el cual a su insuficiencia intelectual se

añaden trastornos afectivos y del comportamiento. Según G. Heuyer se encuentra esta asociación en cerca del 50% de los casos. En este grupo se han descrito diversos aspectos clínicos: débil mental inestable, excitado, apático, pueril, emotivo, etc.

Una clasificación de este tipo, útil desde el punto de vista descriptivo, no resalta suficientemente la forma particular de evolución del débil mental, que es lo que conduce a estos diferentes tipos. El niño lleva sobre sí su insuficiencia mental, pero su vida se desarrolla en un mundo exigente y en un medio que participa de su debilidad, por lo cual adquiere una personalidad particular que es el fruto de sus propios conflictos y de su modo de relacionarse. Si por un lado su rigidez mental puede ser un beneficio para su desarrollo afectivo, en un mundo en el cual las múltiples alternativas y contradicciones forman parte de la vida, por otra parte la experiencia de la relación le enseña que su pensamiento y sus acciones están en desacuerdo con la forma de actuar y de pensar de los demás. Se encuentra frente a una realidad en la cual el modo de actuar y de hablar está reglamentado y juzgado. La falta de agilidad de su pensamiento le entorpece la flexibilidad necesaria para las organizaciones interpersonales. Los intercambios afectivos son menos expresivos, las frustraciones afectivas mal asimiladas, los juegos son más estereotipados y menos formativos, las identificaciones son generalmente masivas o difusas y variables a voluntad de las situaciones. El débil mental tiene mayores dificultades para superar las pulsiones de la libido, y es tanto más sensible a las frustraciones cuanto más limitadas sean sus posibilidades de respuesta y de adaptación. La organización del Yo y de sus mecanismos de defensa es distinta en el débil mental que en el niño normal.

R. Fau y otros explican ciertos rasgos considerados como característicos a partir de la fragilidad y del infantilismo del débil mental. Su sorprendente credulidad, su confusión entre lo deseado y lo vivido, sus mentiras, su miedo frente a situaciones poco habituales, etc. A falta de posibilidad y de realización de afirmación de sí mismo en el grupo estándar propuesto, la necesidad de adaptación se manifestará por conductas patológicas: actitudes de retraimiento, oposición, compensación inadaptable. La incapacidad del débil mental no se manifiesta solamente en el laboratorio de psicología, sino en la vida cotidiana. Los otros niños, con sus éxitos más frecuentes, muestran al débil mental su propia inferioridad. Incluso si, en algunas circunstancias excepcionalmente favorables, ésta inferioridad no es resaltada por las actitudes de las personas que le rodean, múltiples hechos la hacen aparecer: los juegos con los amigos, los fracasos escolares, el traslado a una clase o a una institución especial, etcétera. De esta forma el débil mental vive, de una forma particular además, sus experiencias de fracasos y sus frustraciones. Toda una parte del modo de comportamiento de los débiles mentales se manifiesta en forma de un cuadro reactivo frente a sus propios problemas y a las actitudes conscientes o inconscientes de los padres, rechazo, superprotección, etc.

R. Perron ha analizado varios tipos de reacción:

— Reacciones de compensación, como las que se observan en los débiles mentales que logran unos rendimientos sorprendentes en lo tocante a la memoria inmediata, a las fechas, al cálculo mental, a la ejecución musical, etc. Sin duda las logran porque son sorprendentes y suscitan la admiración de las personas que le rodean.

— Hostilidad frente a las personas que les rodean, como se observa en el niño que "se enfada" ("enquistamiento", de Kurt Lewin), o que desarrolla una gran agresividad según el esquema clásico (L. E. Rosenzweig) de la frustración-agresión. Gran parte de los trastornos del carácter del débil mental se sitúan en esta categoría.

— Admiración hacia el mejor dotado, niño o adulto, y deseo de actuar como él. Sin embargo, el proceso de identificación del débil mental se conoce poco y mal. No se sabe si se ven obligados a

detenerse en el proceso de identificación infantil (convertirse en modelos, es decir, reemplazarlo de forma mágica y, por ello, negarlo), o bien si pueden llegar a un tipo de identificación más adulto (aprender las formas de actuar y de ser del modelo, llegar a la misma habilidad).

— Actitud general de fatiga, abatimiento y pasividad: el sujeto realiza todas las actividades que se le proponen con el ánimo de estar derrotado, se refugia en la inercia o en actitudes de bajo nivel. Probablemente estas actitudes son mecanismos de defensa por aislamiento y por negación. A veces, más que de regresión, se trata de un estancamiento a nivel de los comportamientos y de los intereses primitivos, que los medios intelectuales del individuo le habían permitido superar en circunstancias normales. Pero no se superan porque son “seguros”, familiares y, a sus propios ojos, bien utilizados, generadores de “éxitos” y de satisfacciones.

— Reacciones paradójicas frente al éxito o el fracaso. Así, el débil mental puede mostrarse muy satisfecho de un resultado catastrófico o, a la inversa, muy descontento de un resultado por el cual se le felicita. Probablemente este comportamiento es debido al deseo de regresión y a las satisfacciones que derivan de la inercia y del mantenimiento de las relaciones con el mundo en un estadio primitivo.

— Perturbación de lo que R. Perron denomina “actitud a priori de éxito”, la cual determina la elección de actividades e influye también en la forma de aproximarse a la situación, en la forma de aprehensión y en la elección y puesta en marcha de los procedimientos de adaptación. De una forma general, estas “estimaciones a priori” son pesimistas en el débil mental, incluso si la labor encomendada está a su alcance.

Junto a estas observaciones se pueden citar todavía un buen número de reacciones del débil mental frente a su situación en el mundo, por ejemplo:

— Apego a un modo de gratificación infantil, que no es más que la exteriorización de su necesidad permanente de protección o de seguridad (J. R. Bascou). Este mecanismo determina una estrecha dependencia de los padres o de las figuras paternas y puede producir, a partir de la debilidad mental, un retraso afectivo e incluso intelectual importante.

A partir de este tipo de organización afectiva, y de los trastornos del comportamiento que conlleva, se hará más o menos bien la adaptación social posterior. Desde este punto de vista deben examinarse, en un débil mental, tanto los aportes educativos como los psicoterapéuticos.

III. — ETIOPATOGENIA DE LAS OLIGOFRENIAS

Etiológicamente las oligofrenias se han dividido en genéticas y no genéticas.

Las formas genéticas siguen raramente la herencia mendeliana; generalmente se trata de una transmisión multifactorial. Se pueden añadir los factores progenéticos, es decir (R. Turpin) todas las características normales o patológicas de los padres susceptibles de influir en el desarrollo del niño, aparte de los mecanismos hereditarios propiamente dichos (cambios relacionados con la edad de los padres, con las condiciones de la gestación, etc.).

Los factores no genéticos son múltiples, ya sea que un agente externo actúe durante el desarrollo del embrión o del feto, que un feto bien constituido y provisto de todas las posibilidades se lesione durante el parto, o bien que el recién nacido se lesione poco después del nacimiento. En estos casos se trata de alteraciones orgánicas.

Sin embargo, junto a estas formas orgánicas, existen trastornos que no lesionan el soma cerebral, pero que alteran su organización debido a un factor externo relacionado con el ambiente.

En realidad, lo importante en las oligofrenias no es sólo distinguir entre lo gené-

tico y lo no genético, sino también intentar aislar, por una parte, las deficiencias mentales relacionadas con una falta de potencial, clásicamente considerado como hereditario, o con una insuficiencia adquirida y, por otra, las deficiencias mentales que aparecen en niños que tienen un potencial anatomofisiológico útil, pero que no son capaces de utilizarlo, o que razones socioculturales o afectivas convierten en inútil.

No se puede contraponer de una forma demasiado esquemática *natura* y *nurture*. No creemos que se deba, como hacen algunos especialistas, dividir el retraso mental en dos categorías: el gran retraso mental, llamado generalmente patológico o clínico, en cuya etiología sólo puede ser dominante un factor, y varias formas menores de retraso mental cultural o acínico que serían debidos a la interacción de varios factores de tipo biológico y social.

Revisando los factores de variación de la inteligencia, C. Burt estima que un 40% de la variación es atribuible a componentes genéticos fijos, un 30% a componentes genéticos no fijos y el resto está sometido a la influencia del medio y puede atribuirse a tres factores diferentes: las enfermedades y la naturaleza de la nutrición (principalmente en el período perinatal), el medio intelectual y el modo de estimulación de los logros intelectuales, las posibilidades culturales y educativas.

Como quiera que sea, desde hace muchos años, numerosos autores se han dedicado a estudiar los factores hereditarios mediante investigaciones genealógicas de la transmisión de los caracteres congénitos. Con ello han contribuido sin querer al establecimiento de una noción estática del retraso mental. Actualmente, una importante corriente de investigación se dedica a poner de manifiesto el papel de los factores culturales en el desarrollo mental e intelectual del niño, pero sería de desear que esta nueva tendencia no olvide, a su vez, el gran número de trastornos neurológicos de origen cromosómico o metabólico. Para progresar es necesario seguir el camino escogido por los autores que estudian el retraso mental con una visión pluridimensional.

Antes de exponer el conjunto de los descubrimientos actuales sobre las causas conocidas de retraso mental, estudiaremos brevemente el problema de la herencia y la influencia de los factores socioculturales y afectivos.

1.º Retrasos por lesiones cerebrales conocidas ²

Existe cierta confusión en la terminología referente a este tema. Así, a partir de A. A. Strauss y C. E. Lehtinen, se ha denominado retrasado “exógeno” a aquel cuya anamnesis, su examen neurológico y los exámenes paraclínicos permitían admitir la existencia de una lesión cerebral adquirida, pre, peri o posnatal, y retrasados “endógenos”, en los que nada permite asegurar la existencia de lesión cerebral.

Sin embargo, hay que señalar que algunos autores hablan de retrasado “endógeno” refiriéndose a todos los sujetos con retraso “orgánico” y de retrasado “exógeno” cuando lo que predomina es el trastorno relacional y/o sociocultural. Esto no hace sino añadir más confusión.

Como señala M. Vial, nada permite afirmar que los rasgos psicológicos descritos a propósito de los denominados deficientes endógenos, no se presenten igualmente cuando sean los factores afectivos los que intervienen fundamentalmente. Así-

2. Véase capítulo XVI, páginas 481-561.

mismo, nada permite afirmar que el pronóstico de un déficit de origen afectivo sea necesariamente mejor.

2.º El problema de la herencia

En la mayoría de los casos de oligofrenia no se puede invocar una única causa mayor, ya sea de tipo genético o ambiental.

Una gran parte de los retrasados mentales ligeros puede ser considerada como la parte baja de la curva en campana de distribución de inteligencia en la población general. Los métodos estadísticos demuestran que para ellos, como para la inteligencia en general, se puede invocar la acción de múltiples factores, en gran parte genéticos.

La proporción del factor genético puede valorarse con las comparaciones de concordancias de morbilidad para los gemelos monozigotos y dizigotos (por ejemplo, 91% contra 53%, según A. Rosanoff y otros, 1937; 97% contra 56%, según A. Juda, 1939). G. Allen y F. J. Kallmann (1955) encuentran en 332 pares de gemelos retrasados mentales un índice de concordancia superior en los pares del mismo sexo que en los pares de sexo distinto. Atribuyen esta diferencia al hecho de que la mitad de los pares del mismo sexo es monozigota. Otro argumento en favor del importante papel de los factores genéticos es la alta incidencia de consanguinidad en los padres de oligofrénicos. L. S. Penrose, comparando sus estadísticas establecidas en Colchester con las que P. B. E. Duff y R. W. Dingee (1941) han sacado de sus observaciones en Orillia (Canadá), deduce que la frecuencia de consanguinidad es algo superior a tres veces en los padres de los oligofrénicos que en la población general.

En muchos estudios, de los cuales uno de los más antiguos y de los más conocidos es el de L. S. Penrose (Colchester Survey, 1938), los investigadores han intentado determinar la frecuencia de la oligofrenia en los padres, en los hermanos y en los parientes colaterales de los retrasados mentales. Los índices de morbilidad son mayores que en la población general, pero las cifras de los autores no concuerdan: sus criterios para la elección de los sujetos que deben incluirse en sus estudios varían al igual que sus criterios de separación entre oligofrénicos profundos y oligofrénicos leves (L. S. Penrose, J. Constantinidis, en Ginebra; H. D. Åkeson, en Suecia).

No creemos que los trabajos sobre la frecuencia de morbilidad sean suficientes por sí solos, ya que los factores hereditarios y los ambientales pueden ir unidos. En los casos en que estos factores se puedan separar, se observa que los gemelos monozigotos criados separadamente tienen una mayor concordancia que los gemelos dizigotos criados conjuntamente, pero, por contra, M. Skodak y H. M. Skeels, en su estudio sobre niños adoptados, hijos de madres débiles mentales, observan que estos niños tienen un desarrollo intelectual normal.

Con J. Tizard, creemos que generalmente es inútil e ilusorio refugiarse, como se hace a menudo, en una posible causa hereditaria por el simple hecho de no encontrar una etiología exógena evidente. Las investigaciones biológicas detalladas completarán cada vez más los árboles genealógicos, sin dejar de tener en cuenta que, además, la llamada transmisión familiar puede ir unida a otros factores, como, por ejemplo, la pobreza.

3.º Oligofrenia y factores socioculturales

Después de A. Binet y W. Stern, muchos autores han insistido en el hecho de que los resultados psicométricos no dependen únicamente de la inteligencia pura y simple, y en que las adquisiciones extraescolares, es decir, los estímulos provenientes del exterior, pueden desempeñar un papel que favorece el nivel intelectual. Numerosos autores han hecho análogas comprobaciones; y particularmente en Francia han sido M. Schachter y S. Cotte, G. Heuyer y O. Brunet. Según este último autor, los superdotados y los débiles mentales son los más influidos por los factores ambientales.

El estudio comparativo entre niños provenientes de la ciudad o del campo revela una diferencia de C. I. favorable a los niños de la ciudad. Por otra parte, los estudios hechos sobre las dimensiones de la familia demuestran que el C. I. de los niños examinados es inversamente proporcional a las dimensiones de la familia. M. Gilly y colaboradores a partir de su revisión de la influencia del medio hacen constar que existe una correlación positiva entre la jerarquía de las categorías socio-profesionales en nuestra sociedad y la jerarquía de los C. I. medios de los niños salidos de ella.

Comparando, en escuelas de Lancashire, dos grupos de niños que se diferencian por las características sociales de los padres (técnicos y empleados, por una parte, y trabajadores manuales, más o menos cualificados, por otra). Z. Stein y M. Susser observan que en el segundo grupo existe un porcentaje mayor de niños de nivel intelectual bajo; estos niños, calificados como educacionalmente subnormales, provienen especialmente de la población pobre que está desprovista de aspiraciones (a una profesión no manual) y de movilidad geográfica (familias residentes en Lancashire desde tres generaciones como mínimo). Según estos autores, este grupo se diferencia de los débiles mentales ("orgánicos") por sus mejores posibilidades de progreso intelectual. Este ejemplo, como tantos otros, se confirman con el trabajo de G. G. Giordano y A. Lama, los cuales diferencian los sujetos que viven en un barrio acomodado de un buen nivel social, que reciben una buena educación, de los sujetos que viven en un barrio periférico de bajo nivel económico, cuya vida extraescolar transcurre de la siguiente forma: los muchachos, en la calle, y las muchachas, en su casa ayudando a su madre en las labores domésticas. El estudio comprende 200 niños de 6 a 10 años y pone de manifiesto que el valor medio de C. I. de los sujetos del grupo de nivel social elevado es mayor que el del grupo de nivel social bajo. Por otra parte, hacen notar que a partir de los 7 a 8 años existe una tendencia a la igualdad entre el C. I. de ambos grupos.

J. Cordier ha proseguido durante 10 años un estudio longitudinal y transversal de niños de clases primarias de una comunidad industrial belga, en la cual existen, junto a las familias autóctonas, un gran número de familias de trabajadores extranjeros. La observación se ha realizado simultáneamente sobre su herencia, la evolución de sus conocimientos escolares, de su nivel mental, de su estado físico y del nivel socioeconómico y cultural de su familia. De este estudio se deduce que la debilidad escolar y la debilidad mental son mucho más importantes en la población de emigrantes italianos que en la población general. Pero se encuentra la misma frecuencia de debilidad mental en la población autóctona belga cuyas condiciones sociales y culturales son idénticas. Nuestros trabajos, realizados con R. Rodríguez y cols., en niños de emigrantes españoles en Ginebra, y su comparación con una población de control de bajo nivel económico y cultural de Ginebra, confirman los resultados de J. Cordier.

El estudio global del retraso mental en esta población industrial permite a J. Cordier distinguir tres categorías de niños retrasados:

— Una pequeña minoría de niños gravemente limitados, sin procedencia social característica, que casi todos presentan una alteración del sistema nervioso.

— Los débiles mentales procedentes de familias compuestas, en su mitad, por débiles mentales y criados en unas condiciones económicas y culturales casi siempre deterioradas. Este grupo es dos veces más numeroso que el anterior y representa un 2 a 3% del total.

— Una gran mayoría de casos de debilidad mental casi siempre sin etiología conocida. Pertenecen generalmente a las capas sociales inferiores. Pueden constituir de un 5 a un 9% de los efectivos de las escuelas primarias en las poblaciones de las regiones industriales. La división del retraso mental en categorías etiológicas tan diferentes, aunque las causas se puedan combinar, impondrá la diversificación de los métodos de readaptación y de prevención.

Una clasificación de C. Kohler en atrasados y retrasados se asemeja bastante aunque sin llegar a equipararse con la que establece una distinción entre "retraso patológico" y "retraso cultural"; pero sabemos que "el retraso cultural" puede implicar un pronóstico menos benigno que el indicado con la definición de retrasado. Por otra parte, existen formas de retraso mental no causado por falta de aportación cultural y educacional sino por falta de asimilación de origen afectivo.

En los Estados Unidos, L. Cytryn y R. S. Lourie estiman que del 10 al 30% de la población del grupo socioeconómico más bajo es atrasada, frente a un 3% en la población general. Estos autores señalan numerosos factores que intervienen; problemas "médicos" que incluyen la malnutrición frecuente de las madres, su talla menor, la insuficiencia de los cuidados prenatales, las infecciones tratadas demasiado tarde o no tratadas, la tasa de prematuridad más elevada, la diabetes no controlada. Por su parte, el bebé puede que no sea vacunado, es más susceptible de padecer infecciones graves, meningitis y deshidrataciones tratadas demasiado tarde; puede estar mal nutrido, sobre todo en proteínas y hierro; más afectado de pica (riesgo de intoxicación por plomo) de accidentes y a la ingestión de sustancias tóxicas. Desde el punto de vista social, y aunque los autores evitan generalizar a una población tan heterogénea, señalan que las familias carecen a menudo de cohesión, el padre suele hallarse ausente, el hogar desorganizado, caótico; ya que los niños son atendidos por muy diversas personas, poseen figuras de apego y relaciones de objeto muy defectuosas; tienden a identificarse con modelos de control de los impulsos defectuosos, por lo que fácilmente pasan a la acción; las actitudes fatalistas y sin esperanza del entorno pueden inhibir la iniciativa y la ambición; las defensas necesarias para sobrevivir pueden asimismo interferir los procesos intelectuales. En cuanto al papel jugado por las carencias sensoriales, L. Cytryn y colaboradores estiman que en realidad, en ese ambiente el nivel de estimulación puede ser muy elevado o muy bajo, u oscilar entre ambos extremos, dando lugar a la pasividad o por el contrario la hiperirritabilidad del niño; de hecho, su vida puede ser monótona, o por el contrario, muy caótica y violenta; la estimulación verbal suele ser deficiente. En cualquier caso donde la carencia de entorno suele ser más intensa es en un ambiente institucional.

4.º *Oligofrenia y organización afectiva*

La extraordinaria heterogeneidad de los retrasados mentales es la responsable, según L. Cytryn y R. S. Lourie, de puntos de vista a menudo conflictivos, sobre el desarrollo de la personalidad y la frecuencia de la psicopatología de los oligofrénicos. Según la muestra de población utilizada (y a veces, los estudios se llevan a cabo con

residentes de instituciones o con pacientes de hospitales psiquiátricos) se concluye desde una diferencia débil o nula en cuanto a la presentación de trastornos afectivos en comparación con la población general, hasta la opinión que asigna a los retrasados un riesgo elevado de psicosis (de hasta un 40% según algunos trabajos). Según estos autores, numerosas personas de inteligencia marginal, ligeramente retrasados e incluso gravemente atrasados, son capaces de experimentar un desarrollo de la personalidad tan normal como personas de inteligencia normal; sin embargo, los retrasados deben enfrentarse a riesgos mayores. La vulnerabilidad emocional está relacionada con factores que ya desde el comienzo se hallan en el niño: así, un fracaso o un retraso en reconocer a su madre retrasará —si es intenso, incluso impedirá— el desarrollo de los primeros apegos; el período de dependencia será de duración más larga y de mayor intensidad, la fase de negativismo comenzará más tarde y durará más tiempo; a menudo, este niño presenta dificultades sobre la base constitucional y presentará dificultades para hacer frente a la ansiedad y la frustración, para aplazar una gratificación, para hacer frente a las decepciones y para aceptar substitutivos.

Además, algunas formas de temperamento, como señala S. Chess, parecen intensificar los *stress* a los que se halla especialmente sometido el niño retrasado en su interacción con el medio ambiente. El riesgo de desarrollar una perturbación es mayor en los niños que muestran una irregularidad de las funciones biológicas, respuestas de retraimiento ante nuevos estímulos, falta de adaptabilidad, un humor negativo predominante y una reactividad de intensidad elevada. Los niños que presentan tres o más de estas características del "niño difícil" son particularmente vulnerables; pero vulnerabilidad no quiere decir inevitabilidad, y la evolución del desarrollo psicológico del niño puede ser influenciado significativamente por el conocimiento del manejo apropiado a sus necesidades individuales. Señalan L. Cytryn y cols., que la imagen que el niño atrasado posee de sí mismo suele ser desfavorable así como la aceptación de la misma. La falta de originalidad en el juego, la tendencia a las repeticiones y a las estereotipias, su frecuente incapacidad para jugar en grupo, para compartir el juego sin ayuda, puede privarles asimismo de otro vehículo de crecimiento afectivo, a menos que se les ayude a superar estas insuficiencias. El niño retrasado necesita mucha más atención materna de afecto de estimulación que los demás; y sin embargo, por lo que se observa en los padres y en la sociedad en general, obtiene mucho menos. Pero algunos psicoanalistas tendieron a negar la deficiencia intelectual como inscrita en el individuo; así, M. Mannoni, con razón, critica la noción de C. I. tal como suele entenderse en general, esta autora se ha dedicado, según ella misma indica, a investigar el sentido que puede tener un débil mental para la familia y en particular para la madre; piensa que "incluso en aquellos casos en que existe un factor orgánico, el niño no sólo ha de hacer frente a una dificultad innata, sino también a la forma en que la madre utiliza este defecto en un mundo fantasmático que termina siendo común a ambas". Del estudio de M. Mannoni se concluye que existe una situación de binomio madre-hijo, sin intervención del padre; el rechazo de la castración simbólica; la dificultad de acceder al símbolo y el rol jugado por la metáfora paterna en ciertas dificultades específicas del cálculo.

M. Mannoni se levanta contra la actitud segregacionista de la sociedad, contra su diligencia en etiquetar al niño como retrasado incurable, a no encontrar más soluciones que las pedagógicas, lo que impide que el niño sea considerado como sujeto, es decir como ser de diálogo. Su libro parece cubrir un doble proyecto: terapéutico, demostrando que es posible el psicoanálisis, y etiológico, investigando de nuevo la génesis misma de la oligofrenia.

Según S. Lebovici y cols., es una lástima que M. Mannoni haya creído posible

extrapolar a la génesis misma de la enfermedad lo que en la mayoría de los casos no es más que una transformación del niño y de los demás, posterior a la enfermedad propiamente dicha. Su mayor mérito consiste en haber reclamado la atención mediante ejemplos brillantes (que en realidad son casos de psicosis infantiles sobre un fenómeno constante: la función de substrato de objetualización de las pulsiones del niño que revisten los mismos cambios de la madre frente a sus propias pulsiones y sus fantasmas inconscientes, estando sus mismas relaciones con su hijo a su vez incluidas en sus mismas adaptaciones. Pero M. Mannoni, según los autores citados, parece ignorar el aspecto transaccional que se establece en todos los casos que no son la psicosis infantil, y en los que no se puede introducir ningún abordaje del simbolismo, ningún acceso a la distanciación o a la autonomización.

R. Misès se opone a las tesis de M. Mannoni, en las que señala: una posición antiosográfica muy manifiesta en ocasiones, una exclusión de las afectaciones orgánicas que como máximo son admitidas como la base sobre la que actúan los factores relacionales, los únicos tenidos en cuenta; una tendencia a la unificación de los mecanismos actuantes; una simplificación del aspecto patogénico que convierte a la oligofrenia en un trastorno reactivo: la posición que el niño adopta así como sus síntomas, constituyen una respuesta directa al deseo de la madre; la decodificación que tiene lugar "Hic et nunc" que pone de manifiesto la naturaleza de la relación patológica con la madre garantiza su significación patógena primera en un "telescopaje" en el que la historia es totalmente anulada.

R. Misès (1868) evocó el caso de los niños deficientes mentales atípicos, que deben ser abordados no en la perspectiva limitada de un trastorno instrumental o de la deficiencia intelectual, sino a través de tomar en consideración de forma global los trastornos de la personalidad, llegando a la noción de "disarmonía evolutiva de vertiente o expresión deficitaria", pero, como señala a continuación (R. Misès y colaboradores, 1971) si se observa con atención las diferencias entre "debilidad típica" y "debilidades disarmonicas" son solamente diferencias de grado y no de naturaleza; además, todo retrasado mental debe ser estudiado desde el ángulo de la personalidad.

Las investigaciones se orientan hacia los estudios pluridimensionales sobre grupos muy delimitados; así, de los trabajos de G. Garrone, F. Guignard y cols., se desprende que el cuadro observado en los sujetos de "clase especial" aparece en personas que pertenecen a un nivel socioeconómico relativamente bajo y cuya biografía, sus condiciones de desarrollo y el "estilo de las relaciones afectivas que les es impuesto parecen contener el modelo mismo de sus limitaciones posteriores. Estos autores dan por seguro que la debilidad mental no puede ser considerada simplemente como un trastorno de la inteligencia, ni como la adición de distintos déficit, sino como una real disarmonía funcional que afecta a los distintos aspectos de la personalidad. F. Guignard y cols., (1971) añaden a los primeros grupos estudiados un grupo de niños cuya insuficiencia intelectual forma parte de un síndrome de origen orgánico comprobado. Prestan especial atención a la organización estructural, pulsional y simbólica, intentando profundizar al máximo las alteraciones del funcionamiento de los procesos secundarios de estos niños en relación con su dinámica pulsional y su elaboración fantasmática.

En el Coloquio sobre deficiencias mentales celebrado en París, (1971) R. Perron explicita su posición, que es también la de R. Misès, inspirada en una teoría psicoanalítica "más ortodoxa"; en definitiva se basa en considerar que la deficiencia se halla inscrita en el individuo; pero la deficiencia es considerada como una estructura históricamente construida, lo que permite admitir un determinismo elástico, capaz de abarcar todas las condiciones de realización de una estructura deficitaria, pero simul-

táneamente admite la extraordinaria variedad de las estructuras así construidas, incluso aunque dichas condiciones sean aparentemente idénticas, ya que postula una especificidad del psiquismo de tal forma que los efectos se convierten en causas, a partir de lo cual su encadenamiento histórico adquiere un valor capital. Permite comprender mejor por qué, a medida que la cadena se hace más pesada, las estructuras deficitarias se "fijan" progresivamente y se van haciendo menos accesibles al esfuerzo pedagógico y terapéutico.

Discusión

Nos parece que existe una gran confusión tanto en lo referente a las denominaciones como sobre la patogenia del retraso mental.

Para los que lo fundamental es lo congénito, el retraso responde a una falta primaria de potencial del aparato psíquico.

En otros casos, el potencial psíquico es dificultado por una lesión cerebral conocida o supuesta.

En otros casos, el potencial neurofisiológico es virtualmente válido, pero existe una desorganización de los sistemas preparatorios y de elaboración cognitiva en una época precoz, por factores funcionales, afectivas, socio-culturales, etc.

De hecho, no se puede definir la debilidad únicamente con métodos psicométricos; que son únicamente unos instrumentos de medida que nos permiten conocer el estado del sujeto desde el punto de vista patogénico.

La valoración de cada uno de estos individuos no puede ser hecha sobre bases unívocas pues su organización responde en parte a las inversiones o desinversiones de los procesos del conocimiento, de los aportes procedentes del exterior y de las modalidades conflictivas en las que el niño se encuentra frente al mundo y en las que también los padres se hallan implicados evidentemente.

En nuestra opinión, las distinciones propuestas: exógeno-endógeno, orgánico-no orgánico, armónico-disarmónico, debilidad simple-debilidad con trastornos asociados, todas ellas corresponden en realidad a nuestra necesidad de seguridad clasificatoria, suponen formas de pensar propias de los autores que las establecen, y con frecuencia se confunden etiología y patogenia. Una teorización demasiado estricta corre el riesgo de frenar nuestro pragmatismo indispensable e incluso la programación de nuestra actuación, por otra parte, responden con frecuencia a visiones transversales de un determinado momento de la evolución del niño, cuando existe una biografía que nos facilitaría la comprensión de sus trastornos y nos permitiría trazar una trayectoria futura más adecuada. Es seguro que la personalidad del niño insuficiente mental es el fruto de la conjunción de un potencial de base y de un sistema relacional. Si es cierto que en los casos de idiocia y en las formas inferiores de imbecilidad el primer factor parece ser muy importante, también sabemos que la educación puede modificar al sujeto que la recibe; en el caso de la debilidad se puede afirmar, de forma esquemática que la importancia de los factores es la inversa.

Si en el cuadro de los insuficientes mentales se han separado los retrasados con componentes innatos o lesionales prevalentes de los retrasados cuyo origen es sobre todo sociocultural, esta diferenciación debe ser considerada por nosotros como una "clasificación brújula" y no como una "clasificación catálogo"; ya que en ocasiones es muy difícil apreciar el carácter congénito de los trastornos y la importancia de los factores socioculturales para cada caso. Lo que interesa conocer, sin ningún sectarismo es la organización de la personalidad. Es asimismo grave desconocer las conse-

cuencias de las aberraciones cromosómicas y de los trastornos metabólicos (cuyo conocimiento está en la actualidad en pleno florecimiento) como lo es ignorar los mecanismos de desorganización afectiva y sociocultural.

Para el niño inmaduro en plena evolución, el cerebro es el origen necesario pero no suficiente para explicar el desarrollo cognitivo; sin la relación constitutiva, no sería más que una abstracción, desde el punto de vista humano.

La noción de estado deficitario puede ser etiológicamente más o menos de origen innato o lesional, o de origen sociocultural (antes hemos dicho que nos parece incómoda); sea orgánico o no orgánico, endógeno o exógeno, se puede abocar al estado deficitario. Para comprender estos estados es importante no hablar de anatomofisiología ni de un sistema afectivo-cultural in abstracto, pues el desarrollo de la personalidad es en parte fruto de una conjunción y depende a menudo de ciertos acontecimientos cuyo valor no es necesariamente cualitativo ni tampoco cuantitativo exclusivamente, sino que depende además de la cronología con que aparecen.

Un estado deficitario no es una entidad fija pero puede llegar a serlo en determinadas etiologías que desembocan en estructuras cerradas; esta noción de estado deficitario presenta el riesgo de abocar en un *impasse* por falta del suficiente investimento de algunos médicos, educadores y padres.

Si en la actualidad existen numerosas observaciones de niños minusválidos mentales descubiertos en la edad escolar, creo que el futuro estará en el estudio de déficit o de sus primeros síntomas en una edad precoz, por lo que nuestra meta consiste en comprender la evolución y la organización del funcionamiento.

Sería igualmente necesario profundizar ante todo los métodos de educación y de psicoterapia propios de estos niños, pues si éstos sólo sirven para conseguir conocimientos que sólo responden a las exigencias de una sociedad normativa, se corre el riesgo de obsesionalizar la utilización de los aprendizajes y de frenar su expansión futura. Por otro lado, si se actúa con demasiada libertad se corre el riesgo de no proporcionar la posibilidad de pasar de lo mecánico a lo voluntario, y de lo voluntario a lo voluntario automatizado. Ello quiere decir que son necesarios algunos esquemas para que tenga lugar la organización, pero que ésta sólo se realizará a través de las ofertas que el niño pueda invertir y a las que responderá por el deseo y el placer de la necesidad de acción y de conocimiento. La medida de las adquisiciones no puede ser puramente numérica, sino que debe basarse en las estructuras que abren y en la dirección que prometen.

IV. — EL OLIGOFRÉNICO EN LA SOCIEDAD Y LA SOCIEDAD EN RELACIÓN CON EL OLIGOFRÉNICO

El retrasado mental no puede enfrentarse a la sociedad tal como está organizada y plantea problemas psicosociológicos particulares, tanto en su ambiente social próximo como en el grupo interfamiliar. La tolerancia hacia el retrasado mental es muy variable, y depende de factores socioeconómicos. Se tolera peor en una ciudad industrializada que en un pueblo o en una organización tribal; se acepta mejor en los países subdesarrollados y peor en las familias ricas que en las pobres. La tolerancia

depende también de las propias características de la oligofrenia: nivel del retraso mental, malformación y déficit corporal, trastorno del carácter, auto o heteroagresividad, apatía e inercia. En general, el niño mongólico se tolera mejor que otro tipo de retrasado mental. El niño que presenta un retraso mental después de una enfermedad infecciosa, pero cuyo nacimiento y evolución hasta 1 o 2 años ha sido normal, se soporta mejor que el que presenta una oligofrenia congénita. Generalmente existe una buena integración de los niños débiles mentales en las familias que no les superan intelectualmente y que viven en condiciones rurales tradicionalmente muy simples.

La población reacciona de una forma muy ambivalente, unas veces en forma de repulsión y otras en forma de piedad o pseudopiedad. Si, generalmente, la sociedad reacciona con respecto al retrasado mental con impulsos de generosidad, a veces se trata de demostraciones de disculpa que esconden un deseo de alejar a los retrasados mentales de las instituciones que los mantienen apartados.

Todavía más especial es el papel que desempeña el retrasado mental en la microsociedad familiar. Según las investigaciones de J. Tizard y J. C. Grad, el nacimiento de un niño anormal influye en el futuro desarrollo de la familia. Según este trabajo, en el 47% de los casos, las familias declaran que ello no modifica su actitud previa que era, para unos tener más hijos, y para otros no tener más. Algunos padres cambian de actitud; un 4% desearían tener otros hijos no previstos anteriormente, para reemplazar al deficiente o para darle hermanos, y un 14% rechazan un nuevo nacimiento y posteriormente se deciden a correr el riesgo. Alrededor de una tercera parte de los padres decidieron no tener más hijos, y sólo una tercera parte han pedido consejo médico previo. La actitud de los padres hacia el niño retrasado mental es diversa. M. Escobar señala que en un 32% de los casos los padres tienen preferencia afectiva para el hijo oligofrénico.

Es evidente que un niño retrasado mental crea problemas en la vida cotidiana familiar. Algunas madres sólo pueden hacer su trabajo cuando el niño está dormido y otras se ven obligadas a permanecer en casa y a renunciar a un trabajo exterior. Los datos recogidos por J. Tizard y J. C. Grad muestran que, en conjunto, el 60% de los padres tienen contactos sociales normales, el 27% tienen contactos limitados y el 10% muy limitados. Por otra parte, un estudio comparativo demuestra que, en los casos en que el niño es cuidado en la casa, existe una limitación de la sociabilidad en un 45% de los casos, porcentaje que desciende al 26% cuando el niño está hospitalizado.

¿Cuál es la actitud de la familia hacia el retrasado mental? Según ya había descrito esquemáticamente dos actitudes opuestas: una de rechazo puro y simple y otra de hiperprotección. En su trabajo sobre las oligofrenias, A. Rey diferencia varios tipos de padres:

- Los padres que niegan la evidencia y esperan un milagro.
- Los padres ansiosos que reconocen el estado de su hijo, buscan constantemente explicaciones, nunca están satisfechos sobre el método educativo, y cuando se interna al niño se asustan al pensar que estará en contacto con otros retrasados mentales. "Al querer hacer demasiado o hacerlo demasiado bien, se adelantan al fracaso o al contratiempo."
- Los padres realistas pesimistas.
- Los padres que aceptan la realidad. En este caso preparan todo lo necesario para que el niño alcance el máximo desarrollo posible. Al aceptar la realidad evitan sufrimientos inútiles y búsquedas desesperadas de una transformación imposible, creando así alrededor del niño un ambiente favorable para la labor educadora.

Es un hecho que el retrasado mental puede ser el origen de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres, los cuales, a su vez, las remiten a su hijo. Frente a este azar imprevisible, pueden reaccionar generalmente en forma de rebeldía frente a la injusticia, sufrirlo como un castigo, o aun, pocas veces, como una ofrenda o una prueba. En realidad, el rechazo y la aceptación no son necesariamente contradictorios. Aceptación y culpabilidad pueden asociarse. Vergüenza y actitud reivindicativa van generalmente unidas; ésta se proyecta principalmente sobre la sociedad, los médicos y los instructores. Las reivindicaciones son tanto mayores cuanto más rechazado es el niño. Por otra parte, parece difícil, frente a esta tragedia, no ser presa de sentimientos contradictorios.

Según M. Mannoni, en casi todos los casos, los padres no se creen en el derecho de ser tratados como interlocutores válidos, y cuando, por excepción, el padre se siente implicado, no es raro que reaccione con episodios depresivos o persecutorios. Si el padre en general está abatido, resignado, ciego o inconsciente del drama real que está teniendo lugar, la madre, por el contrario, es terriblemente lúcida; pero desea obscuramente que su pregunta quede sin respuesta para que pueda seguir planteándola; lo que le falta es la fuerza para continuar y eso es lo que solicita, la madre responde a las demandas del niño con sus propios fantasmas. Pero existe otro factor que no debe ser subestimado y es la forma en que el propio niño se sitúa frente a la madre, incluso normal y la induce a adoptar para con él un tipo de relación sado-masquista. Las madres oscilan entre el amaestramiento y una especie de despreocupación tranquila a destiempo, a la imagen del niño, que se siente bien fuera de un cuerpo y fuera de una relación a la otra. Finalmente, para M. Mannoni, uno de los dramas de las madres de anormales es su soledad perseguida de fantasmas de los que no pueden hablar; el niño participa siempre del mundo fantasmático de la madre, que lo marca de cierta forma; pero ¿qué decir de la madre, fascinada para siempre, y moldeada dentro de su hijo en una forma que jamás adquirirá figura humana?.

Las reacciones de los hermanos del retrasado mental son muy diversas. En las familias numerosas es, a veces, aceptado como una parte de ella. En las familias restringidas puede ser objeto de superprotección o de rechazo por parte de los hermanos. Generalmente, las hermanas, a la edad de casarse, intentan ocultarlo o imponerle a su futuro marido. Es evidente, además, que, en el terreno interrelacional, la actitud de los padres respecto al retrasado mental influye en el desarrollo de los hijos normales. Frente a la hiperprotección, el hijo normal se siente frustrado, y frente al rechazo paterno, el hijo normal se puede sentir incluido. Generalmente, los hijos sufren la ambivalencia de los padres y se sienten o se creen privados de amor, su actitud puede ser hostil, realista o de rechazo. Esto ocurre sobre todo en las familias que tienen una actitud reivindicativa frente a la sociedad y que consagra su vida al hijo anormal. Estas familias quieren hacer participar a los hermanos normales en esta lucha, y no son siempre conscientes de que el hijo normal no tiene sus motivaciones psicológicas y que debe ser considerado como un sujeto normal con su capacidad de amar y sus cualidades de vida de relación.

ASISTENCIA TERAPÉUTICA, EDUCATIVA Y PROFESIONAL. PREVENCIÓN

Sólo un enfoque pluridimensional (mediante un equipo formado por médicos, psicólogos asistentes sociales, educadores y representantes de las instituciones sociales responsables) permitirá ayudar a los oligofrénicos y a sus familias.

En este equipo, el médico tiene una función no sólo a causa de lo que puede y debe hacer, sino también por la importancia que le confieren las familias, sobre todo en lo concerniente al pronóstico y a los consejos terapéuticos.

Es raro que el niño sea llevado a la consulta a una edad precoz. Según J. Tizard y J. C. Grad, el diagnóstico se realiza en un 31% de los casos antes de la edad de 1 año, en un 32% antes de los 5 años y en un 37% después de la edad escolar. Los padres consultan generalmente al pediatra, a veces al internista de la familia, otras a un psicólogo, y mucho más raramente a un psiquiatra. Generalmente, el neuropsiquiatra infantil recibe estos casos por consejo de colegas, psicólogos o educadores.

La función del médico es de tres órdenes: realizar una valoración, indicar una terapéutica y aconsejar.

Con mucha frecuencia, las familias consultan por motivos que no están relacionados con el bajo nivel intelectual de su hijo, sino por otros tipos de trastornos, por ejemplo: del crecimiento, de la marcha o del lenguaje. En general, el retraso es minimizado, la pasividad es considerada como docilidad y la inestabilidad como vivacidad. Unas veces consultan para que se rectifique un diagnóstico hecho anteriormente, otras para que éste se confirme y para que se proponga una institucionalización que desean pero que no se atreven a decidir por sí mismos por temor a verse censurados. Hemos visto algunas familias consultar con el fin de que se establezca un diagnóstico etiológico de causa oxógena, debido al temor de uno u otro de los padres de que la endogénesis del trastorno sea imputado a la herencia de alguno de ellos y perjudique la armonía del matrimonio. A menudo, con razón, consultan con el fin de establecer un pronóstico inmediato o lejano, ya que necesitan saber cómo serán sus hijos cuando sean adultos y ellos falten. Generalmente, cuando son vistos por un especialista, estos niños ya han sido sometidos a numerosas terapéuticas y los padres buscan el remedio milagroso más reciente, o bien (decepcionados por diagnósticos únicamente etiológicos) simplemente consejos educativos o sobre la mejor forma de conducta con el retrasado mental.

El niño que viene a la consulta, tanto si es por primera vez como después de otras numerosas consultas, debe ser sometido a un examen completo: estudio genealógico, pruebas biológicas y enzimáticas, examen neurológico incluyendo examen ocular, radiografías de cráneo y E. E. G., examen psicométrico y estudio psicosociológico de los padres y de la familia. La encefalografía gaseosa sólo interesa en algunos casos particulares. Si la valoración médica ya se ha realizado no es necesario repetirla, excepto cuando el síndrome sea evolutivo o cuando sufran complicaciones y cambios particulares en su evolución (epilepsia, etc.). Por contra, el examen psicométrico debe repetirse regularmente, ya que permite seguir la evolución del retrasado mental. Mediante exámenes sucesivos y cualitativos y mediante tests en un contexto determinado, se puede establecer un diagnóstico de nivel mental real y emitir un pronóstico.

Desde el punto de vista terapéutico propiamente dicho, ya hemos visto la importancia de algunas acciones medicamentosas o de regímenes dietéticos en la detención o disminución de algunas oligofrenias dismetabólicas. La acción de otros medicamentos sobre la deficiencia intelectual, como el ácido glutámico, no dan los resultados que se habían adelantado. Sin embargo, existen medicaciones complementarias interesantes, como los fármacos de tipo psicoanaléptico o psicoléptico, que permitan, unos aumentar la eficacia y otros disminuir la excitación o la agresividad. Las anfetaminas se han empleado en algunos niños apáticos o con inhibición psicomotriz, pero creemos que no son aconsejables en niños que presenten signos de ansiedad. Entre los estimulantes del humor, se han obtenido buenos resultados con los inhibidores de

la monoaminooxidasa. En los niños agitados, inestables o ansiosos se han utilizado con provecho los neurolépticos y, en algunos niños con ligeros trastornos del carácter se han obtenido resultados con los tranquilizantes menores.

Generalmente, junto a esta acción medicamentosa, es indispensable la psicoterapia. Sobre este tema pueden encontrarse amplias referencias en los trabajos de M. Mannoni, F. Dolto, F. Tosquelles, B. Castets. Así, M. Mannoni atribuye una gran importancia al psicoanálisis para abrir posibilidades de desarrollo; según ella, mediante ese tratamiento, la debilidad se integra en el mundo relacional y adquiere una significación en los fantasmas del niño y de sus padres. Se ha discutido: 1) la utilización del psicoanálisis como panacea; 2) J. Crosnier lo acusa de culpabilizar exageradamente a los padres de los débiles, en la medida en que confirma lo que los padres pensaban de antemano: que tienen un hijo débil en castigo a sus fantasmas. Es evidente que el problema relacional desempeña un papel muy importante en el desarrollo de un débil mental, pero, en un gran número de casos, determinados sistemas de educación no necesariamente psicoanalíticos y una ayuda a los padres no culpabilizante pueden también solucionar el problema relacional.

Las familias, además de una terapéutica, exigen del médico que se les informe. Cuando los padres nos plantean problemas, oscilamos, como dice S. Tomkiewicz, entre la mentira piadosa y la brusquedad a menudo dolorosa. En el trabajo de J. Tizard y J. C. Grad, la información dada a los padres ha sido poco hábil y brusca en un 14% de casos, a menudo poco satisfactoria e incompleta, ya sea porque se haya ocultado el diagnóstico o rechazado una discusión o precisión, o bien porque se haya dejado una falsa impresión sobre la posible mejoría del niño. La familia tiene derecho a saber, al menos superficialmente, hasta dónde podrá llegar el niño, pero sólo debe decirse cuando se está seguro de lo afirmado. Es necesario, sin ninguna duda, poner al corriente a los padres sobre el pronóstico, pero generalmente debe escogerse el momento y es necesario prepararlos para sobrellevarlo. Lo que con toda seguridad no debe hacerse nunca, incluso por piedad, es decir o prometer nada que comprometa un tipo particular de orientación educativa. Apoyar a una familia equivale a mantenerle la esperanza en determinadas condiciones que irán en beneficio del niño. Nuestra función consiste en tratar, apoyar y orientar. A menudo, la familia consulta con el fin de plantear la cuestión del internamiento de su hijo. A esta cuestión sólo puede responderse conociendo al niño, a la familia y al medio familiar. Cualquier niño que no sea un oligofrénico profundo gravísimo tiene necesidad, como todo niño normal, del afecto de sus padres, pero si éste se le niega y si es rechazado, el medio familiar puede ser más desfavorable que algunas colectividades. Por otra parte, no debe pensarse únicamente en el problema del oligofrénico, sino también debe tenerse en cuenta el medio en que se desarrolla y las consecuencias que su presencia puede producir sobre este medio, en especial en los hermanos. Así, éstos pueden ser afectados por la presencia de un hermano retrasado mental debido a su dependencia; su desarrollo psicológico puede estar comprometido tanto si le manifiestan hostilidad franca como si la reprimen. Estas situaciones pueden producir una sintomatología neurótica. A veces ocurre, como señala A. Repond, que la madre, muy ocupada, confía excesivamente el niño a la responsabilidad de una hermana mayor, de la cual abusa incluso sin darse cuenta. Algunas familias parecen aceptar fácilmente los sacrificios de esta hija "de gran corazón", que renuncia a su existencia personal para consagrarse a los cuidados del hermanito anormal.

Los padres deben ser enfrentados con sus responsabilidades, pero únicamente con conocimiento de causa; no se debe responsabilizarlos o culparlos por razones pura-

mente teóricas. En cualquier tipo de proyecto es necesario intentar obtener el máximo sin separación del medio familiar, pero también debe intentarse descargar a la familia de esta pesada carga que no puede asumir siempre, ya sea durante el horario de trabajo o durante las vacaciones. Una buena higiene mental de los padres puede permitir que su afectividad se manifieste sin temor. Nuestra misión consiste en mirar la verdad de frente, y pensar que si, en tanto que médicos, nuestro deber es defender al enfermo, en tanto que cuidadores de la higiene mental, no podemos olvidar las consecuencias de la enfermedad sobre las personas que le rodean, consecuencias que, además, perjudican al propio enfermo.

No podemos desarrollar aquí una visión de conjunto de los complejos problemas que plantea la asistencia a los retrasados mentales y su educación. Esto puede encontrarse en las revistas especializadas como: *American Journal of Mental Deficiency*, *Sauvegarde de l'Enfance*, etc., o en la visión de conjunto sobre la organización de un servicio para retrasados mentales, publicado a partir del 15.º informe del Comité de la OMS, o en el trabajo de C. L. Kohler sobre los deficientes mentales jóvenes, en el que se encontrará una buena visión global sobre el problema de la asistencia y los métodos educativos.

Desde el punto de vista asistencial, la tendencia actual es la creación de centros residenciales para encefalópatas graves que necesiten cuidados de enfermería permanentes bajo la responsabilidad de un pediatra, y pequeños hogares residenciales, del tipo pensión (sustitutos de la familia para los retrasados mentales menos afectados), cuya necesidad es cada vez mayor por motivos sociopsicológicos. Por otra parte, deben aumentarse al máximo los servicios no residenciales, ya sea hospital de día para los niños que tienen una locomoción autónoma pero cuyos medios de comunicación son rudimentarios, o bien centros de pedagogía adaptados, o talleres de trabajo especiales.

Los métodos de educación deben adaptarse a la finalidad deseada y no se debe intentar una igualación con el niño normal, en lo que respecta a las adquisiciones.

Se trata, pues, de un verdadero trabajo de equipo en el cual médicos, psicólogos, psicoterapeutas, reeducadores del lenguaje y de la psicomotricidad, unen sus esfuerzos para obtener la mayor eficacia en condiciones afectivas apropiadas, con el fin de hacer adquirir a estos niños una cierta autonomía o de orientarlos hacia un trabajo posteriormente adecuado. Por ello, debemos desprendernos de la noción de la oligofrenia llamada infantil ya que, de hecho, el objetivo de la educación y de la adaptación profesional debe organizarse pensando en el futuro del retrasado mental, convertido en adulto con mayor o menor dependencia, o mayor o menor independencia.

La función preventiva alcanza cada vez más importancia dado el incremento de nuestros conocimientos sobre la etiología del retraso mental: comprende todos los cuidados prenatales, las medidas obstétricas y pediátricas preventivas así como el tratamiento precoz de distintas dolencias del lactante, que permiten evitar lesiones cerebrales pre, peri y posnatales (véase cap. XVI); comprende igualmente consejos genéticos; pero esta prevención "primaria", como la denominan L. Cytryn y R. S. Lourié, no se lograría llevar a cabo sin una educación del público y una mejora en los standards socio-económicos. Una previsión "secundaria" comprende la identificación precoz y el tratamiento de enfermedades hereditarias, tales como la fenilcetonuria, el tratamiento médico y quirúrgico de otras afecciones, el reconocimiento precoz de incapacidades aisladas, motores, sensoriales, perceptivas conductuales, y las medidas tomadas para hacerles frente, así como la identificación precoz y el tratamiento del niño carente desde el punto de vista cultural. La prevención "terciaria" corresponde a lo descrito anteriormente como el tratamiento y los métodos de asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

La literatura sobre el retraso mental es tan abundante que sólo citamos aquí algunos libros, revistas, congresos y números suplementarios de publicaciones periódicas recientes con bibliografía, así como algunos trabajos muy citados en este capítulo.

Véase también la bibliografía del capítulo XVI.

- Aimard, P. — Le langage dans les arriérations mentales, 202-215. En *L'enfant et son langage*; Villeurbanne, Simep, ed., 1972.
- Akesson, H. O. — *Epidemiology and genetics of mental deficiency in a Southern Swedish population*. Almqvist and Wiksell, Uppsala, Suecia, 1961.
- Anthony, E. J. — Low grade psychosis in childhood, 398-410. En *Proceedings of the London Conference on the scientific study of mental deficiency*; Richards, B. W., ed.; May et Baker Ltd Dagenham, Inglaterra, 1962.
- Bavin, J. T. R. — The Genetics of Mental Deficiency. En *Foundations of Child Psychiatry*, págs. 476-481. Ed. E. Miller. Publ. Pergamon Press, Oxford, Nueva York, 1968.
- Benda, C. E. — Die Oligophrenien (Entwicklungsstörungen und Schwachsinnszustände). En *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*, Bd. 2: Klinische Psychiatrie, p. 869-936, Springer, Berlín, 1960.
- Bernstein, N. R., dir. — *Diminished people. Problems and care of the mentally retarded by fifteen authors*. Little, Brown et Co., 1970.
- Boom, B., éd. — *Studies on the mentally handicapped child*, 128 págs., E. Arnold, Londres, 1968.
- Borel-Maisonny, S. — Les troubles du langage dans la déficience mentale et leur rééducation. *Folia phoniat.*, 1968, 20, 133-155.
- Buseman, A. — *Psychologie des déficiences intellectuelles*. P.U.F., París, 1966.
- Carstairs, G. M. — A propos de l'étiologie des troubles psychiatriques chez les enfants. *Psychiat. Infant*, 1961, 4/1, 205-228.
- Castets, B. — Principe d'une conception structurale de l'arriération mentale. *Ann. méd. psychol.*, 1964, 1, 3, 401-426.
- Chess, S., Korn, S. — Temperament and behavior disorders in mentally retarded children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1970, 23, 122-130.
- Clarke, A. M., y Clarke, A. D. B. — *Mental deficiency: the changing outlook*. Free Press, Nueva York, 1958.
- Constantinidis, J. — Les facteurs héréditaires dans le développement des arriérations mentales. *Psychiat. Infant*, 1962, 5/1, 1-42.
- Cordier, J. — *Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la débilité mentale*. Université libre de Bruselas, Institut de sociologie, Bruselas, 1963.
- Cox, A. M. — Le retard du développement et de l'organisation des fonctions mentales chez l'être humain. Les fondements familiaux du retard mental. *Ann. méd.-psychol.*, 1970, 128, 2, 5, 649-695.
- Cytryn, L., Lourie, R. S. — Mental retardation, 817-856. En *Comprehensive textbook of psychiatry*; Freedman, A. M., Kaplan, H. I., dirs; Williams et Wilkins Co., Baltimore, 1967.
- Dolto, F. — *Psychanalyse et pédiatrie*, 2.^a ed. Ed. de la Parole, París, 1961.
- Eaton, L., y Menolascino, F. J. — Psychotic reactions of childhood: experiences of a mental retardation pilot project. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, 143/1, 55-67.
- Ellis, N. R., éd. — *Handbook of mental deficiency*. McGraw-Hill, Nueva York, 1963.
- Fau, R., Andrey, B., Le Men, J., y Dehaudt, H. — *Psychothérapie des débiles mentaux*. P.U.F., París, 1966.
- Galdston, R. — Violence begins at home. The parents'center project for the study and prevention of child abuse. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 2, 336-350.
- Gilly, M., Merlet-Vigier, L. — Milieu social, milieu familial et débilité mentale, 166-213. En *Les déficiences mentales*; Zazzo, R., bajo la dir. de; A. Colin, París, 1969.
- Giordano, G. G., y Lama, A. — Fattori culturali dello sviluppo intellettuale. *Quaderni di infanzia anormale*, 3.
- Gregory, I. — *Fundamentals of Psychiatry*, chap. "Mental Retardation". Publ. Saunders, Filadelfia, 1968.
- Grossman, H. J., dir. — Symposium: Mental Retardation. *Pediat. Clin. North Amer.*, 1968.

- Guignard, Fl., Haeberli, A.-M., Perrin, C., Rodriguez, R., y Garrone, G. — Les troubles de la signification chez les débiles mentaux. *Psychiat. Infant*, 1971, 14, 1, 125-231.
- Gunzburg, H. C. — *Social rehabilitation of the Subnormal*. Ballière-Tindall, Londres, 1960.
- Heber, R. — A manual on terminology and classification in mental retardation. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1959, 44/2, monogr., suppl., 111 p.
- Hilliard, L. T., Kirman, B. H. — *Mental deficiency*. 2.^a ed. J. and A. Churchill, Londres, 1965.
- Hurtig, M.-C. — Contribution à l'étude de la conquête de l'autonomie chez le débile d'âge scolaire, 334-385. En *Les déficiences mentales*; Zazzo, R., bajo la dirección de; A. Colin, París, 1969.
- Inhelder, B. — *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*. 2.^e ed., Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1963.
- Jaeggi, A. y F. — Recensement des enfants et adolescents réputés arriérés dans le canton de Genève. *Psychiat. Infant*, 1965, 8/2, 453-505.
- Jansson, B. — Psychic insufficiencies associated with childbearing. *Acta Psychiat. Scand.*, 1964, 39, suppl. 172.
- Kanner, L. — *A history of the care and study of the mentally retarded*. C. C. Thomas, Springfield, Ill, 1964.
- Kohler, C. — *Les déficiences intellectuelles chez l'enfant*. Paideia, P.U.F., París, 1954.
- Kohler, C. — *Jeunes déficients mentaux*. C. Dessart, Bruselas, 1967.
- Lang, J. L. — Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire (psychose à expression déficitaire et "arriération-psychose"). Problématique de la psychose. *Excerpta Med. Found.*, 1969, 1, 97-115.
- Lebovici, S., y Soue, M., con la colaboración de Decobert, S., y Noël, J. — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. P.U.F., París, 1970.
- Levinson, A., y Bigler, J. A. — *Mental retardation in infant and children*. Year Book Publ., Chicago, 1960.
- Luria, A. R. — *The mentally retarded child*. Pergamon Press, Nueva York, 1963.
- Maistre, M. de. — *Déficience mentale et langage. Approche psychologique et pédagogique*. "Encyclopédie Universitaire". Editions Universitaires, París, 1970.
- Mannoni, M. — *L'enfant arriéré et sa mère*. Éditions du Seuil, París, 1964.
- Mannoni, M. — Psychanalyse des arriérés. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1965, 13/4-5, 345-348.
- Matthews, J. — Speech problems of the mentally retarded. En *Handbook of speech pathology*, p. 531-551. Dir. por L. Travis. Publ.: Appleton-Century-Crofts, Inc., Nueva York., 1957.
- Menolascino, F. J. — Psychiatric aspects of mental retardation in children under eight. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1965, 35, 2, 852-861. Véase también Eaton, L., y Menolascino, F. J.
- Misès, R. — Pour une approche du débile mental sous l'angle de la personnalité. *Rev. Neuropsychiat. infant. suppl.*; Pédiopsychiatrie, 1969, 31-41.
- Misès, R. — La cure institutionnelle des déficiences intellectuelles dysharmoniques chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 5, 253-258.
- Misès, R. — La fondation Vallée. De l'asile au secteur de psychiatrie infantile. *Inform. psychiat.*, 1971, 47, 8, 661-731.
- Misès, R., y Barande, I. — Étude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire. *Psychiat. Infant*, 1963, 6, 1-78.
- Misès, R., y Perron-Borelli, M. — Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle: les déficits dysharmoniques. *Psychiat. Infant*, 1971, 14, 2, 341-464.
- Moragas, J. de. — *Niños oligofrénicos*. J. Janés, Barcelona, 1949.
- Noël, P. — Troubles de l'intelligence, états d'arriération intellectuelle. En *Encyclop. méd.-chir. Pédiat.*, 1960, 26101 J10, 6 págs., 26545 A10, 6 p.
- O'Connor, N., y Hermelin, B. — *Le langage et la pensée dans la déficience mentale profonde*. Gauthier-Villars, París, 1966.
- O'Gorman. — *Modern trends in mental health and subnormality*. Butterworths, Londres, 1968.
- Penrose, L. S. — *The biology of mental defect*. 3.^a ed. Sidgwick and Jackson, Londres, 1963.
- Poeck, K. — Anhang: Zur Erbpathologie und Psychiatrie der Oligophrenien. En *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*. Bd. 2: Klinische Psychiatrie, 937-951. Springer, Berlín, 1960.

- Ramer, T. — The prognosis of mentally retarded children. A follow-up study of 626 special-class cases and 589 control cases born 1905-1917. *Acta Psychiat. Neurol.*, 1946, suppl. 41.
- Rey, A. — *Arrièrement mentale et premiers exercices éducatifs*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1953.
- Rodríguez, R., Fert, M., Garrone, G., Ajuria-guerra, J. de. — L'adaptation scolaire chez les enfants d'immigrants espagnols à Genève. *Acta Paedopsychiatrica*, 1967, 34, 9, 277-289.
- Rogers, M. E., Lilienfeld, A. M., y Pasamannick, B. — Prenatal and paranatal factors in the development of childhood behaviour disorders. *Acta Psychiat. Neurol. Scandinavica*, 1955, suppl. 102.
- Sarason, S. B. — *Psychological problems in mental deficiency*. Harper, Nueva York, 1959.
- Simon, J. — *La débilité mentale chez l'enfant*. E. Privat, Toulouse, 1964.
- Sloan, W., Birch, J. W. — A rationale for degrees of retardation. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1955, 60, 258-264.
- Stambak, M., y Pecheux, M. G. — La perception visuelle chez les débiles mentaux. *Revue critique. Ann. Psychol.*, 1968, 68, 209-230.
- Stein, Z. A., y Susser, M. W. — Changes over time in the incidence and prevalence of mental retardation, 305-340. En *Exceptional infant, vol. 2: Studies in abnormalities*; Hellmuth, J., dir; Brunner/Mazel Inc., Nueva York, 1971.
- Stevens, H. A., Heber, R., edit. — *Mental retardation. A review of research*. University of Chicago Press, Chicago, Londres, 1964.
- Taylor, E. M. — *Psychological appraisal of children with cerebral defects*. Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1961.
- Tizard, J., Grad, J. C. — *The mentally handicapped and their families*. Oxford University Press, Londres, 1961.
- Tosquelles, F. — *La pratique du maternage thérapeutique chez les débiles mentaux profonds*. J. L. Aupetit, ed., Paris, 1966.
- Tredgold, R., y Soddy, K. — *Textbook of mental deficiency*. William and Wilkins Co., Baltimore, 1963.
- Vial, M., Plaisance, E., y Beauvais, J. — *Les mauvais élèves*. P.U.F., Paris, 1970.
- Wortis, J., ed. — *Mental retardation, vol. 1 et 2*. Grune et Stratton, Nueva York, 1970.
- Zazzo, R., Gilly, M., Verba-Rad, M. — *Nouvelle échelle métrique de l'intelligence*. Tests pour enfants de 3 à 14 ans. A. Colin, Paris, 1966.
- Zazzo, R., bajo la dir. de; Chiva, M., Gilly, M., Helal, A., Hurtig, M. C., Merlet-Vigier, L., Netchine, G., Perron, R., Rutschmann, Y., y Santucci, H. — *Les défibilités mentales*. A. Colin, Paris, 1969.
- Zigler, E. — The retarded child as a whole person, 47-121. En *Advances in experimental clinical psychology*; Adams H. E., Boardman, W. K., dirs; Pergamon press, Nueva York, 1971.
- *
* *
- Éducation et traitement des insuffisants mentaux. Bilan des résultats des actions entreprises et des méthodologies employées. Perspectives d'avenir. 15^e Congrès de l'Union nationale des Associations régionales pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, Paris, nov. 1964, *Sauvegarde de l'enfance*, 1965, 20, 7-327.
- A Symposium: *Mental Retardation*, 1967. G. A. Jervis and Ch. C. Thomas, Springfield, 248 págs.
- Les Débiles profonds. *Informations sociales*, 12/9-10, oct.-nov. 1968.
- Richard, B. W., rédact. — *Comptes rendus du premier Congrès de l'Association internationale pour l'étude scientifique de l'arriération mentale*. Montpellier, sept. 1967. M. Jackson, Reigate, Surrey, Inglaterra, 1968.
- O. M. S. — Organisation des services pour arriérés mentaux. 15^e Rapport du Comité O.M.S. d'experts de la Santé mentale. Série de rapports techniques, n.º 392. O.M.S., Ginebra, 1968.
- O. M. S. — *Classification internationale des maladies*; 8^a Revisión, Ginebra, 1968.
- Les Arriérés mentaux profonds (C.E.S.A.P.). *Rev. Neuro-Psychiat. infant.*, 1971, 19/3-4, 109-175.
- Colloque sur les déficiences mentales. Société française de psychologie, Paris, 1971. *Enfance*, 1972, 1-2.
- Classification of mental retardation. *Supl. to Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128/11.
- Am. J. Ment. Defi.*, 49 Sheridan Ave. Albany 10, Nueva York.
- Journal of Mental Deficiency Research*. Mr. A. Highfield, 10 Shendon Way, Sevenoaks, Kent, Inglaterra.

CAPÍTULO XVIII

LAS ORGANIZACIONES NEURÓTICAS
EN EL NIÑO

I. — PROBLEMAS GENERALES

Las neurosis ocupan un lugar en el cuadro de la psiquiatría del adulto desde hace mucho tiempo; en los manuales de psiquiatría infantil, por el contrario, su posición queda mucho menos definida. Tampoco son incluidas en la nomenclatura internacional de las enfermedades elaborada por la O. M. S., en 1958, ni en el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de las Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (1952), habiendo sido incluidas durante cierto tiempo en el cuadro de las reacciones psiconeuróticas por los autores americanos. Las investigaciones preparatorias de la O. M. S. (París, 1967) para una clasificación diagnóstica de los trastornos psiquiátricos del niño proponen la aceptación de la categoría de "neurosis", diferenciándolas de los trastornos específicos del desarrollo, de los trastornos de la conducta y la personalidad, y de las alteraciones psicósomáticas. Por otra parte, el comité americano de psiquiatría infantil (1966) admite la existencia de psiconeurosis (la de ansiedad, la fóbica, la de conversión, la obsesivo-compulsiva, la depresiva y la disociativa) y de organoneurosis (que corresponden en parte a los síndromes psicósomáticos). Los autores soviéticos, y en particular G. E. Sukhareva, describen por un lado reacciones neuróticas agudas y subagudas provocadas por un traumatismo psíquico evidente y, por otro lado, neurosis que se desarrollan durante un período de tiempo en respuesta al *stress* crónico en la vida familiar.

Las neurosis infantiles (incluidas relativamente tarde en el transcurso de la evolución de la psiquiatría o reconocidas como tales a través del estudio retrospectivo de las neurosis del adulto) presentan particularidades que les son propias y cuyos límites son más vagos todavía, por lo que sólo pueden ser comprendidas dentro del cuadro de la dinámica evolutiva del niño.

Si el diagnóstico de neurosis implica la aceptación de un cuadro clínico preciso y además la de la noción de una organización fija poco móvil e irreversible, es evidente que por poco que se examinen los niños en diferentes edades o a determinados niños desde un punto de vista longitudinal, la clínica infantil nos pondrá de manifiesto considerables diferencias en comparación con las observaciones realizadas con adultos. En efecto, en el caso del niño, con mucha frecuencia, el síntoma parece proce-

der directamente del conflicto como un compromiso pasajero, modificable, como una defensa en un momento necesario pero lábil, como un alto en el desarrollo para mejorarlo, como un signo pleno de implicaciones para establecer un diálogo, como un sufrimiento mal elucidado; analizando en estos casos el conjunto de la organización de la personalidad y teniendo en cuenta la edad y la situación, se llega a comprender las características frenadoras de esta sintomatología, o bien valorando el contexto, se puede comprobar que esta sintomatología se manifiesta en un momento dado de la evolución y entraña modificaciones positivas del propio sujeto y de su medio ambiente.

Desde un punto de vista histórico pueden distinguirse varias fases sucesivas en la evolución del concepto de neurosis infantil:

- fase de desconocimiento de la neurosis infantil;
- S. Freud se interesa y profundiza tanto en la neurosis del adulto como en la del niño, revelando la importancia de la organización infantil en la génesis de la neurosis incluso tardía, del adulto;
- extensión excesiva de la noción de neurosis ya que, como señala H. Hartmann, cualquier mala conducta e incluso cualquier comportamiento del niño en desacuerdo con las normas educativas, cualquier estadio de su desarrollo que no corresponda al programa, son considerados como neuróticos. Según este autor esta actitud traduce que no se reconoce que la conducta puede variar ampliamente y ser normal, además de poner en evidencia el olvido de los rasgos característicos de lo que los analistas definen como neurosis;
- reducción excesiva de la noción; como señala H. Nagera, la neurosis infantil ha sido desplazada poco a poco de la posición central que ocupaba en el psicoanálisis, a pesar de haber constituido uno de los núcleos de la psicología psicoanalítica. Sorprende la facilidad con que en la actualidad se emite el diagnóstico de psicosis infantil, con todo lo que ello implica en relación con el pronóstico.

➤ Ambigüedad de la noción de neurosis infantil. — S. Freud dijo que las neurosis infantiles son, en general, episodios regulares del desarrollo y que el niño no puede completar su evolución sin pasar por una fase más o menos acentuada de neurosis; afirma asimismo que la presencia de la neurosis en la infancia no es la excepción, sino la regla. Según Mélanie Klein, la neurosis infantil es para E. Jacques, la forma de elaborar las angustias psicóticas precoces, es la expresión de la elaboración de dichas angustias. Para comprender las implicaciones de este punto de vista, es esencial precisar la significación de la angustia psicótica; en primer lugar, afirmar que aparecen fenómenos psicóticos durante toda la primera infancia no significa que todos los niños pequeños son psicóticos y, por supuesto, menos aún significa que todos estemos locos porque nuestro inconsciente haya estado sometido a procesos psicóticos precoces. Una personalidad normal puede incluir elementos psicóticos sin ser psicótica; del mismo modo, pueden existir componentes neuróticos sin ser neurótica. En otros términos, y siguiendo a Mélanie Klein, las angustias psicóticas se hallan presentes no sólo en la vida mental del enfermo psicótico, sino también en la vida fantasmática inconsciente de todo sujeto, sea normal, neurótico, psicótico, bebé, niño o adulto. El psicótico es el individuo dominado y sumergido crónicamente en la angustia; los episodios psicóticos son periodos de la vida de pacientes neuróticos cuya angustia psicótica predomina temporalmente sin que pueda ser contenida por los fantasmas inconscientes o las soluciones neuróticas.

Si se parte de estas premisas, podemos preguntarnos hasta qué punto el fenómeno ineluctable que todo el mundo debe sufrir puede ser considerado como una

entidad patológica, y, por otra parte, a partir de qué edad podemos hablar de neurosis infantil y en qué forma podemos evaluar el concepto de neurosis patológica.

Anna Freud admite que un trastorno mental no es calificable de neurosis hasta que el conflicto patógeno ha sido interiorizado totalmente. Como señala D. W. Winnicott, el término de psiconeurosis implica que el paciente, sea lactante o niño, ha alcanzado un cierto grado de desarrollo afectivo más allá de la primacía genital y al estadio del complejo de Edipo, y que se han organizado algunas defensas contra la angustia de castración. Según Mélanie Klein, un niño es neurótico con absoluta seguridad cuando su angustia, su ambivalencia y los obstáculos que opone a su adaptación a la realidad sobrepasan cierto nivel y cuando las dificultades que sufre y hace sufrir a su entorno son demasiado grandes.

Estudiando las neurosis del niño, S. Lebovici y D. Braunsweig consideran que la fórmula neurótica infantil es más híbrida y más compleja que la del adulto, que la existencia de síntomas o de agrupaciones de síntomas neuróticos en el niño no conduce al diagnóstico de una organización neurótica específica; la fórmula neurótica que se observa en el niño tiene, a menudo, un carácter extensivo; es decir, que se puede pasar de una forma fóbica a una forma obsesiva, a un cambio de registro de síntomas. Subrayan, por otra parte, que en ciertos casos la organización neurótica no puede comprenderse más que reemplazando los accidentes neuróticos en el cuadro de la patología familiar, como si la neurosis infantil estuviera impuesta por el equilibrio neurótico de la familia al cual responde aquélla.

V. Smirnoff hace resaltar muy justamente que la misma denominación de neurosis infantil puede tener un doble sentido en el vocabulario psicoanalítico. En una primera acepción, la neurosis infantil designa un estado mórbido señalado por los síntomas que aparecen sobre una organización neurótica subyacente; pero todo trastorno afectivo de esta edad no comporta necesariamente el carácter estructurado de una neurosis; en otros casos puede tratarse, siguiendo la clasificación que propone E. Glover, de un trastorno funcional o de lo que habitualmente se designa como trastorno reactivo del comportamiento, simple manifestación de intolerancia frente a las condiciones del medio y que desaparece generalmente cuando se corrigen las causas exteriores responsables. Ph. Greenacre considera que el término de "neurosis infantil" es utilizado con dos significados diferentes: el primero traduce la brusca aparición de síntomas neuróticos evidentes durante la primera infancia, es decir, hasta los 6 años aproximadamente; el segundo se refiere a la estructura interna del desarrollo infantil, con o sin síntomas manifiestos que, sin embargo, forman la base de una neurosis posterior.

El concepto de neurosis puede ser abordado únicamente a partir de las nociones tóxicas y económicas enunciadas por S. Freud. De hecho, según H. Nagera la estructura de la neurosis en el niño no se halla definida en la mayoría de casos. Produce la impresión de ser fluida, carente de precisión, de que sus procesos pueden evolucionar eventualmente en muchas direcciones, puesto que el recorrido del camino definitivo no ha sido fijado todavía.

Todos los psicoanalistas de niños se muestran, con razón, extremadamente reservados en relación con el valor de los síntomas en cuanto tales. Después de Anna Freud, la noción de neurosis infantil, "neurosis que debe ser tratada", debe estar fundada sobre cierto número de criterios (nivel de progresos de la evolución libidinal, detención o regresión de esta evolución) teniendo en cuenta que nuestras impresiones pueden estar equivocadas y que a veces, después de un tiempo más o menos largo, los síntomas pueden perder de repente su importancia, la fijación desaparece y la libido, liberada de sus limitaciones, reemprende entonces su curso normal y progre-

sivo. Ciertos cambios en las circunstancias de la vida pueden, de diversas maneras, dar cierto alivio al estado del neurótico. Un *stress* neurótico puede ser reemplazado por un *stress* ordinario. Por esta causa la pérdida de un objeto amado se sustituye a veces por un abandono imaginario. Ciertos deseos masoquistas se satisfacen gracias a alguna enfermedad orgánica. Una neurosis se atenúa, a veces, después de la separación del objeto amado hacia el cual el niño había dirigido sus mayores fantasías; pero hay que saber que un efecto de este género, muy a menudo considerado como una cura espontánea, constituye a veces ligeras variaciones en el interior del dispositivo neurótico mismo.

Etiopatogenia. — Los elementos hereditarios y constitucionales fueron comprobados por S. Freud, según el cual los factores hereditarios y el acontecer psíquico, lejos de luchar entre sí, y de excluirse, colaboran de la forma más eficaz con miras a un fin común. Distingue, como origen de las neurosis, causas constitucionales, es decir las que el hombre aporta a la vida, causas accidentales, que la vida aporta al hombre.

Numerosos autores (Anna Freud, E. Kriss, Melanie Klein y E. J. Anthony) coinciden en atribuir un papel importante a los factores constitucionales, sin que los hayan estudiado a fondo. Otros autores, y entre ellos H. Nagera, estudiando las relaciones entre lo físico y lo psicológico, llegan a la conclusión de que a medida que tiene lugar la maduración física, el desarrollo psicológico se separa progresivamente de sus fundamentos orgánicos; tal afirmación carece de valor, pues no hace sino crear una dicotomía. Señalemos, no obstante, que a pie de página dicho autor escribe: "naturalmente, esto es muy relativo, ya que la integridad de la estructura anatómica sigue siendo la condición *sine qua non* para que se realice la función".

→ Casi todos los autores insisten sobre la influencia del entorno. Según Anna Freud, la madre puede influir, desviar y determinar el desarrollo rechazando o deduciendo, pero carece del poder de provocar ni la neurosis ni la psicosis y plantea la siguiente pregunta: ¿en qué medida las tendencias innatas hacia la normalidad pueden ser desviadas por la influencia del ambiente?

D. W. Winnicott, partiendo de la noción del entorno, admite que además de la herencia, el entorno desempeña también un papel fundamental en la formación de las neurosis e incluso en la de otros tipos de desorganización mental en el niño. En primer lugar, en las condiciones más favorables, cuando la continuidad está protegida del exterior y el entorno es favorable y permite la actuación de los procesos madurativos, el nuevo individuo comienza a sentirse real y a comprobar la experiencia vital según su edad afectiva y, según sea el sentido de los valores o la ausencia de los mismos en relación con la personalidad, los sujetos podrán presentar defensas depresivas o psiconeuróticas o bien ser normales. En segundo lugar, las enfermedades psicóticas son secundarias etiológicamente al fallo del entorno. En tercer lugar, las tendencias antisociales son provocadas por un fallo del entorno en un estadio ulterior, un estadio de dependencia relativa en el que el niño está preparado para percibir el efecto de una privación real hasta tal punto que el sujeto puede llegar a la conclusión: "el entorno me debe algo".

Desde el punto de vista de la patogenia, lo que caracteriza al estado neurótico, según Anna Freud, es el uso inmoderado y continuo de los mecanismos de defensa de que dispone el niño: el mecanismo de la negación de la realidad exterior, la utilización excesiva del rechazo hasta que el Yo y el Ello llegan a ser extraños entre sí, el uso excesivo de la proyección, la fragmentación de la personalidad y, como consecuencia, el daño causado a la función sintetizadora del Yo, el refugio en los fan-

tasmas hasta llegar incluso a una evasión total del mundo real y de sus exigencias, mundo que llega entonces a convertirse en extraño. Anna Freud considera que una neurosis es grave cuando un niño se hace una idea errónea del mundo exterior que no corresponde al grado de su inteligencia, cuando sus propias emociones llegan a resultar verdaderamente extrañas, cuando en sus recuerdos hay más lagunas que en los casos ordinarios de amnesia infantil, cuando presenta una falla en su personalidad, cuando su motilidad escapa al control del Yo.

No volveremos aquí sobre la actitud general de Melanie Klein con respecto a la sintomatología neurótica y psicótica, pero haremos destacar, con V. Smirnoff, que los criterios de neurosis propuestos por Melanie Klein no se fundan en la adaptación a la realidad; esta adaptación puede parecer excelente, pero puede no representar más que un modo defensivo contra las pulsiones y los fantasmas primarios. De otra parte, tampoco se puede considerar que los criterios kleinianos se funden en un análisis "estructural" del sujeto, porque en ellos no se tienen en cuenta ni las consideraciones de la "fuerza" del Yo ni los mecanismos de defensa. Lo que Melanie Klein se esfuerza en valorar no es tanto la adaptación del sujeto a la realidad exterior, como las potencialidades de que dispone para resolver sus conflictos. Finalmente, sólo merece tenerse en cuenta la significación inconsciente del síntoma o de la conducta.

S. Lebovici y D. Braunschweig señalan que en ciertos casos, la organización neurótica no puede comprenderse si no es situando los síntomas neuróticos en el cuadro de la patología familiar, como si la neurosis infantil estuviera ordenada por el equilibrio neurótico de la familia del que es el resultado.

Si para los psicoanalistas la neurosis puede ser una forma transitoria o no puede ser definida sino por su organización más o menos irreversible a una edad determinada, para los conductistas, la neurosis no es el resultado de un trastorno conflictivo, sino que puede ser definida a partir del condicionamiento.

Después de I. Pavlov, numerosos autores soviéticos y americanos se han dedicado al estudio del condicionamiento neurótico. Si las neurosis experimentales en el animal no son del todo equivalentes a las neurosis humanas, los mecanismos de su formación y la dinámica de organización de estereotipos nos parecen puntos muy importantes para la comprensión de las neurosis.

Después de los primeros trabajos de N. Krasnogorski numerosos autores han aportado hechos sobre el condicionamiento del niño y sobre la importancia que hay que atribuir a las particularidades tipológicas para la determinación de los modos de reactividad individual.

Una nueva teoría de la conducta neurótica ha sido desarrollada a partir de la teoría del aprendizaje. Para H. J. Eysenck, "los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los cuales, por una u otra razón, resultan inadaptados". Según él, el problema de la neurosis no debe basarse en una "motivación inconsciente"; considera el síntoma neurótico como el resultado de simples hábitos adquiridos; no hay neurosis subyacente al síntoma, sino simplemente el síntoma mismo. Suprimid el síntoma, dice, y al mismo tiempo habréis suprimido la neurosis. Piensa que el sujeto hereda a la vez una predisposición general a la neurosis (el neuroticismo) y una dimensión de su personalidad (introversión o extroversión) que orienta las manifestaciones neuróticas eventuales ya sea hacia el polo de la neurosis de angustia y de la neurosis obsesiva (polo introvertido), ya sea hacia el polo histérico (polo extrovertido). Admite dos grandes clases de síntomas neuróticos: de un lado, dice, tenemos gran cantidad de reacciones condicionadas, es decir, reacciones adquiridas siguiendo las líneas generales del aprendizaje donde la reacción no está adap-

tada, incluso si al principio lo estaba; del otro lado, una falta de reacciones condicionadas, es decir, reacciones que normalmente serían adquiridas por la mayoría de los individuos adaptados pero que, en un individuo particular, no lo están, dada su poca condicionalidad. Este exceso o esta falta de reacciones condicionadas es debido a la interferencia, de una parte de factores individuales de condicionabilidad y de estabilidad del sistema autónomo, y de otra parte, de factores definidos por el medio.

La mayor parte de los teóricos del aprendizaje admiten con J. Wolpe, que la conducta neurótica es un "hábito persistente de una conducta inadaptada adquirida por aprendizaje en un organismo fisiológicamente sano". La ansiedad es "generalmente el constitutivo central de esta conducta, estando invariablemente presente en las situaciones causales".

La característica de la teoría moderna del aprendizaje descansa en dos principios fundamentales: el principio de asociación de tipo pavloviano y el principio del control de la conducta por sus consecuencias. En el condicionamiento pavloviano, el refuerzo no depende de la respuesta sino del experimentador; en el condicionamiento operante de B. F. Skinner, por el contrario, la respuesta es la condición del reforzamiento; el organismo debe actuar sobre el medio para obtener el refuerzo; el mecanismo del condicionamiento operante puede ser formulado así: una respuesta tiende a reproducirse si provoca la aparición de un hecho que sea reforzante para el organismo.

Según J. Rognant es preciso concebir las conductas humanas y especialmente aquellas que contienen un componente ansioso a través de ese doble sistema de condicionamiento pavloviano y skinneriano que actúan simultáneamente a dos niveles diferentes. En su monografía, J. Rognant plantea la hipótesis siguiente: lo que el esquema reflexológico permite explicar son las modalidades de adquisición y de retención del síntoma, independientemente de las razones por las que dicho síntoma ha sido adquirido; esta hipótesis no excluye por tanto la existencia de un dinamismo inconsciente y motivante que explica por qué aparece un síntoma determinado en unas circunstancias determinadas. Pretende únicamente explicar cómo se ha establecido y en algunos casos, por qué permanece; no afirma como Eysenck que "detrás del síntoma no hay neurosis", sino que más bien está tentado de decir que detrás del síntoma no siempre hay una neurosis. Se adhiere a la opinión de U. Marzuoli según el cual, no se pretende decir que porque se razone en términos de condicionamiento se deba ignorar la inmensa experiencia clínica acumulada por el psicoanálisis o refutar nociones tales como el inconsciente y su importancia en el determinismo de las neurosis.

Según la actitud que se adopte, la neurosis puede ser considerada ya sea como un simple síntoma o complejo de síntomas, sea como una fase del desarrollo, sea como un proceso.

Evolución de la neurosis infantil. — Es cierto que todos los psicoanalistas coinciden en que no es el síntoma lo que hace la neurosis sino el tipo particular de organización de la personalidad. Se admite igualmente que la sintomatología aparente puede camuflar una estructura real diferente. Algunos síntomas del transcurso de la evolución del niño son signos móviles que se manifiestan y se buscan pero que pueden convertirse en organizaciones fijas y parasitarias que trastornan y transforman a la vez la evolución y que determinadas regresiones aparecen como fases necesarias a fin de evitar alteraciones más graves o incluso pueden poseer el valor de comunicación (D. W. Winnicott) y algunas neurosis infantiles, como señala Melanie Klein, pueden ser defensas contra angustias depresivas y paranoides.

Los psicoanalistas franceses buscan igualmente delimitar la noción de neurosis en el niño, describir variedades que tengan un valor pronóstico y que conlleven actitudes terapéuticas particulares. Así, P. Male distingue, en el cuadro de los aspectos neuróticos, por una parte las situaciones neuróticas cerradas; por otra parte, las situaciones neuróticas más vivas buscando su solución en la vida abierta; distingue lo que él llama "fragmentos neuróticos", "emergencias neuróticas", zonas neuróticas desplazadas respecto al medio modificables por las psicoterapias de tipo madurativo; él intenta separar (como por otra parte, también lo hace S. Lebovici) los trastornos estructurados de carácter francamente neurótico de los trastornos reactivos al medio; estos últimos son variedades de trastornos poco manifiestos, variables, modificables por las reformas educativas, por descondicionamientos, a veces por alejamiento del medio familiar. Se trata de formas reactivas no resueltas.

Se ha podido pensar que el período de latencia acentuaba la neurosis infantil. Anna Freud considera que este período está marcado por una clara disminución. Si la época de la pubertad se juzga, con razón, favorable para la aparición de innumerables trastornos neuróticos, de otro lado Anna Freud, admite que la pubertad disipa ciertos síntomas propios de los años que la preceden, por el crecimiento biológico de la virilidad genital que hace a veces desaparecer en los muchachos un comportamiento neurótico que respondía a una lucha contra sus deseos reprimidos de carácter femenino-pasivo. Se puede, pues, admitir, con esta autora, que una neurosis infantil puede ser tratada como un desorden pasajero mientras la desorganización libidinal del niño esté en movimiento y se vea una tendencia a progresar. Las neurosis infantiles desaparecen siempre que el movimiento normal hacia delante de la libido es lo suficientemente fuerte como para anular la regresión y la fijación neurótica. Cuando las constelaciones libidinales, dice esta autora, llegan a ser rígidas, estables y monótonas, en su expresión, la neurosis corre el riesgo de ser permanente.

El diagnóstico y el pronóstico, en relación a una sintomatología neurótica, no pueden hacerse más que en función del período evolutivo del niño, de sus capacidades y de las posibilidades que se le ofrecen y en función del espejo formativo que son los padres. Un simple signo puede llegar a ser un estereotipo siguiendo la actitud de la madre ansiosa, protectora o hiperprotectora. En este ser en evolución que es el niño, estos signos móviles que se manifiestan y se buscan al mismo tiempo pueden llegar a ser organizaciones fijas y parasitarias que dificultan y al mismo tiempo transforman la evolución. Por otra parte, el síntoma puede representar cualquier otra cosa distinta a lo que parece; además, el valor que le otorga la familia corre el riesgo de hacerlo clasificar en un cuadro de formulación estática, y el síntoma o síndrome que se nos ofrecerá no tendrá en realidad el valor que se le ha dado en la dinámica evolutiva del niño.

El valor, pues, de un signo llamado neurótico en el niño no puede ser valorado más que refiriéndonos a su historia, al sentido que toma en la organización del conjunto de la personalidad del niño, a su labilidad o a su rigidez y a sus capacidades generales de superación. Esta facultad de superación depende de los medios de base con que cuenta el niño, de las satisfacciones que podrá conseguir, de la utilización que va a hacer de ello, todo esto respecto a su familia en la cual el niño busca al mismo tiempo una seguridad y una ternura tranquilizante.

Numerosos autores se han planteado el problema de saber si la neurosis infantil continúa en el adulto o si existe un modelo particular de organización que permite prever la aparición de una neurosis en el adulto.

M. R. Khan, distingue tres tipos de neurosis infantiles según la personalidad de los pacientes adultos:

a) El primer tipo es la "neurosis infantil media". En ella, las restricciones y las tensiones que se producen inevitablemente en el curso del desarrollo humano durante su infancia son reunidos en una estructura psíquica *potencial*. Ello conduce a un desarrollo medio y se encuentra en personas que en conjunto, están bien adaptadas a la vida y son neuróticos modificables.

b) En el segundo tipo, los traumatismos acumulados impiden que el niño internalice las experiencias, lo que conduciría a una neurosis infantil potencial estructurada. En vez de eso, la solución completa es, de alguna forma, reservada para un futuro, para una elaboración y una estructuración más tardías. En esta categoría entran los casos denominados *esquizoides* o *borderlines*. Según la experiencia, estos casos son de buen pronóstico, aunque suelen exigir grandes esfuerzos.

c) El tercer tipo, en el que hace hincapié, corresponde al caso en el que el Yo del niño mediante su omnipotencia ha dominado los traumatismos de su primera infancia, de forma prematura y precoz, y ha creado una estructura intrapsíquica de la misma naturaleza de la neurosis infantil que es una falsa organización *del sí mismo*, y que, en consecuencia, organizará una forma de vida rígida y una explotación defensiva de los instintos pregenitales y un funcionamiento mental arcaico, que es lo que se encuentra frecuentemente en las neurosis obsesivas, de las que el hombre-lobo es un ejemplo clásico.

M. L. Rutter, analizando el futuro de las neurosis infantiles recopila estudios catamnésicos y entre ellos el de L. N. Robins que abarca treinta años: este autor estima que la neurosis de la vida adulta no es más común en las personas estudiadas por problemas de tipo neurótico que en los sujetos de control. Por otra parte, M. Prichard y P. Graham señalan que entre los niños etiquetados de "neuróticos", y que posteriormente son seguidos por problemas psiquiátricos en la edad adulta, la mayoría presentaban un estado neurótico o depresivo. M. Rutter concluye que existe una cierta continuidad entre la neurosis infantil y la neurosis del adulto, pero que esta continuidad sólo aparece en una minoría de cada categoría. La mayoría de los niños neuróticos se convierten en adultos normales y la mayoría de los adultos neuróticos desarrollan su neurosis en la vida adulta.

Sin repetir la noción de Freud tantas veces repetida acerca de las relaciones íntimas entre la psicopatología infantil y las neurosis del adulto, admitamos que deberíamos ser capaces de descubrir el núcleo de las neurosis posteriores en los trastornos del desarrollo del niño y preguntarnos con H. Nagera si no existe un "prototipo" durante los primeros años de la infancia del que la neurosis ulterior no sería más que una ampliación. Este autor se pregunta si averiguando ésto sólo habríamos conseguido una clara noción del origen de la neurosis intercalando la "neurosis elemental" estadio intermedio entre el complejo nuclear, es decir, el complejo de Edipo y la grave enfermedad posterior.

Pero para poder estar seguros es preciso que la semiología sea más exacta y la terminología menos heterogénea. Anna Freud y H. Nagera han descrito determinados aspectos de la evolución que conducen a la neurosis, en los que se pueden distinguir las alteraciones del desarrollo, los conflictos del desarrollo, los conflictos neuróticos y la neurosis propiamente dicha. Desgraciadamente, no poseemos suficientes estudios longitudinales sobre el desarrollo normal y el diferencial, ni una cantidad suficiente de estudios longitudinales sobre los niños neuróticos.

Tratamiento de las neurosis. — Como hemos visto, las "neurosis" forman parte de la evolución del niño; lo que importa es determinar hasta qué punto se estructuran para permanecer y para reaparecer. Es preciso saber que incluso algunas neurosis

aparentemente fijadas pueden sea evolucionar favorablemente, sea modificar su sintomatología. Los tratamientos ensayados son de tipo psicoanalítico y se basan en las técnicas de Anna Freud, de Melanie Klein, en técnicas personales que sin caer en el eclecticismo, reconocen lo que deben a las dos escuelas de las autoras citadas.

La organización psicodinámica de los niños en una edad precoz está claramente expuesta en las monografías de R. Diatkine y J. Simon (1972) y de J. Bolland y J. Sandler (1973).

La terapia según las diversas técnicas de descondicionamiento es ampliamente utilizada en la actualidad en las "neurosis" del niño: terapéutica por inhibición recíproca, inhibición condicionada, práctica negativa, terapéutica por aversión y condicionamiento de evitación, terapéutica por condicionamiento positivo.

En algunos casos, en particular en los casos agudos, puede ser necesaria una terapia medicamentosa.

Prevención de las neurosis. — La psiquiatría del niño es tanto una ciencia curativa como una ciencia preventiva. Según lo que acabamos de exponer, podemos preguntarnos con Anna Freud hasta qué punto la aplicación del psicoanálisis a nuevos métodos de educación podría prevenir la formación de neurosis. Esta autora distingue en la evolución de las ideas un período optimista y un período pesimista; durante el período optimista se basaba casi toda la responsabilidad del desarrollo neurótico del niño en la actuación de los padres en aspectos tales como: mala adecuación de los horarios de sueño, prohibición de manifestaciones sexuales, atenuación de la curiosidad sexual, amenazas de castración, abuso de autoridad, etc. Se esperaba que la modificación de estas actitudes de los padres suprimiría la angustia infantil, y en consecuencia aboliría las neurosis infantiles; estas esperanzas fueron exageradas y condujeron a numerosas decepciones. El período pesimista respondía, según Anna Freud, al reconocimiento de que la neurosis estaba originada no solamente por simples influencias ambientales, sino determinados factores de diverso orden: factores cualitativos innatos, como la bisexualidad, que dan como resultado conflictos profundos inevitables entre fuerzas internas; factores cuantitativos innatos como el carácter insaciable de las demandas del lactante que conducen a frustraciones dolorosas y patógenas, situaciones cruciales en la vida de un niño que engendran puntos de fijación patógenos (conflicto de la fase edipiana, aprendizaje de la propiedad, rivalidad fraterna, destete, etc.)

El problema es extremadamente complejo en sí, pero lo que está claro es que la simple descripción sintomática no puede proporcionarnos ninguna orientación pronóstica; una sintomatología clara puede desaparecer en el curso de la evolución y una sintomatología de tipo puramente conductual puede organizarse bajo una forma neurótica; determinadas sintomatologías de aspecto grave en un momento de la evolución, pueden organizarse posteriormente bajo una forma de carácter particular y personal, forma de ser que encuentra su adecuación en esta sintomatología y obtiene beneficios en la acción, a veces sin sufrimiento. Tal es el caso, por ejemplo, de ciertos rasgos obsesivos que son utilizados por el niño y mantenidos por la familia en razón de su carácter positivo en el marco de la organización escolar.

Por lo tanto, el valor de un síntoma denominado neurótico en el niño solamente puede ser tenido en cuenta en relación con su biografía, en el sentido que adquiere en la organización del conjunto de la personalidad del niño, de acuerdo con su labilidad o su rigidez y con su capacidad para superarlo. Esta facultad de superación depende del equipamiento de base del niño, de las satisfacciones que pueda obtener, de la utilización que de ellas haga, y todo ello en relación con una familia en la que el niño busca a la vez una seguridad relajada y una ternura tranquilizadora.

II. — LA ANSIEDAD EN EL NIÑO

La ansiedad forma parte de la existencia humana y se caracteriza por un sentimiento de peligro inminente con actitud de espera, provocando un trastorno más o menos profundo. Es experiencia individual que invade a la persona hasta sus mismas raíces, difícilmente compartible con otro, y a la cual damos un carácter de generalidad, a fin de mejor esconderla. Es clásico separar la ansiedad de la angustia, siendo ésta la manifestación corporal, el "angor" con sus manifestaciones constrictivas y neurovegetativas. Según esto, se separa el sentido de la experiencia y se le da a uno un valor neurofisiológico y al otro un valor existencial. Si se aborda este problema desde el punto de vista del desarrollo infantil, esta separación no parece justa.

Si se ha tratado igualmente de distinguir la ansiedad del miedo o del temor, no es suficiente hacerlo considerando que la ansiedad no se refiere a ningún acontecimiento real, que no tiene ningún punto de referencia, en tanto que el miedo, reacción de defensa, es la respuesta por la huida o la inmovilización y tiene como objeto una situación real y presente. Como indica J. Boutonnier, un niño que no distingue todavía lo real de lo irreal, y en el que la debilidad y la inexperiencia no permiten que pueda defenderse, experimentará miedos que son muy vecinos a la angustia. Por otra parte, el peligro respecto al organismo no tiene más sentido que en lo que se refiere a su integridad, a las modificaciones que provoca y al desequilibrio que crea. Sabemos, sin embargo, que en el niño las reacciones emocionales toman diversas formas, desde la forma motriz de la reacción de sobresalto hasta las reacciones de tensión, consecuencia de insatisfacción real o de perturbación frente a los objetos evocados por la elaboración fantasmática. El objeto fuente de peligro puede ser tanto un objeto externo como un objeto interno.

I. — ONTOGÉNESIS DE LA ANGUSTIA

A lo largo de su desarrollo, el niño vive un cierto número de modificaciones motoras y vegetativas que se han estudiado en el marco de la organización emocional. Estas modificaciones, reactivas al medio interior o exterior, se presentan al comienzo en la forma de reacciones defensivas en cuanto al organismo, tomando un valor para la madre que comprende su significado (monólogo corporovisceral del niño que tiene hambre o sed). Este acuerdo implícito con la madre llegará a ser más tarde un diálogo, cuando el niño comprenda el sentido a través de la respuesta obtenida y le dará un sentido en función de lo que puede ser utilizado en el camino de la satisfacción experimentada. La evolución de la emoción y su importancia como base de la organización de nuestro mundo cognitivo ha sido el objeto del trabajo de H. Wallon y de su alumno Ph. Malrieu. Pero de la misma forma que se ha distinguido esquemáticamente entre una emoción choque y una emoción sentimiento, no se puede confundir la angustia con la organización emocional primaria. El problema que se nos plantea es el de saber en qué momento la ansiedad es sentida como un fenómeno que nos posee y forma parte de nuestra existencia personal.

Sea lo que fuere, numerosos autores admiten que la angustia está como prefigurada en el organismo, desde el nacimiento. De un lado, es cierto que las estructuras anatomofisiológicas de la emoción a través de las cuales se manifiesta la angustia (sistemas reticulado, límbico, hipotalámico y sistemas adrenérgicos centrales) están dispuestas para funcionar; es igualmente cierto que las reacciones frente al peligro y sus expresiones existen en el mundo animal y son particulares según las razas. Por otra parte, tanto los partidarios de una teoría de condicionamiento como S. Freud ha admitido un componente constitucional de la angustia. Algunos behavioristas admiten que el miedo

pertenece a la naturaleza original y hereditaria del hombre, y S. Freud dice que es normal considerar que la angustia en el niño responde a una predisposición hereditaria innata, y la aproxima a la de los primitivos. Pero mientras que S. Freud considera que esta angustia no puede ser separada del problema de la utilización de la libido, para J. B. Watson el miedo es un fenómeno primario y no extrae en ninguna manera su poder del amor. Los teóricos del aprendizaje admiten igualmente que existen un cierto número de componentes innatos y de diferencias anatómicas y fisiológicas en los componentes de introversión-extroversión que desempeñan un papel importante en el tipo de constitución de Eysenck, por ejemplo.

Algunos autores, como F. Pasche, consideran que la angustia debe tener el mismo origen y coexistir con las primeras manifestaciones instintivas y admiten así la existencia de un pre-Yo biológico capaz de experimentar la angustia en tanto que tal, como forma de organización preexistente y que responde a la existencia de trazos mnésicos hereditarios. Según esta teoría, el abandono real por el objeto y las amenazas reales de agresión no tienen ninguna influencia directa sobre la aparición de la angustia; son solamente la ocasión. Señalemos igualmente que otros autores, como E. Jones, piensan que en el ser humano existe una "capacidad innata" de sentir miedo, que él llama "instinto de miedo".

O. Rank ha desarrollado la hipótesis del origen natal de la angustia: "Creo que el nacimiento es la primera situación peligrosa experimentada, que es un profundo choque tanto a nivel psicológico como fisiológico. Este choque crearía un reservorio de angustia y toda angustia ulterior tendría como fuente la angustia del nacimiento." Así, el traumatismo del nacimiento llega a ser el prototipo de la reacción de angustia. Según O. Rank, las sensaciones de esta "angustia primaria" son función en parte del modo de percepción de la tensión, en parte de la percepción de descargas vegetativas de defensas producidas involuntariamente. En esta concepción, la angustia es como una energía casi mensurable.

S. Freud critica lo que llama "los excesos de la doctrina de Rank". Le hace dos objeciones:

— La primera se refiere a la suposición de que el niño recibiera en su nacimiento impresiones sensoriales definidas, en particular visuales, cuya posterior repetición podría provocar el recuerdo del trauma primitivo y con él la angustia. Para Freud, "no se puede creer que el niño haya conservado del proceso del nacimiento otras sensaciones más que las táctiles y cenestésicas".

— La segunda se debe al hecho de que O. Rank se refiere, según los casos, "sea a la influencia del recuerdo de la feliz existencia intrauterina, sea al recuerdo de su perturbación traumática después de lo cual están abiertas las puertas para la interpretación *ad libitum*".

Por el contrario, piensa que el sistema de O. Rank tiene el mérito incontestable del descubrimiento de la gran conexión entre la primera situación peligrosa y condición de angustia con todas las situaciones y condiciones de angustia posteriores que se transmiten todas un elemento común: significan la separación de la madre, primero sólo desde el punto de vista biológico, y después en el sentido de una pérdida equiparable surgida por vías indirectas (nacimiento de un hermano menor, p. ej.).

Phyllis Greenacre admite que el nacimiento trae un cambio capital, un verdadero revés de la economía energética en el niño. El aporte sensorial excede las posibilidades de descargas motrices del niño. De ahí nace un estado de tensión del organismo, del cual el autor dice que si no se le puede atribuir el carácter de angustia auténtico, no por ello deja de constituir el prototipo somático. Estas experiencias contribuyen a crear una preangustia, esquemas de conductas utilizadas más tarde en las manifestaciones de la angustia verdadera.

En el nacimiento, según L. S. Kubie, el niño está en un "estado de alarma", pero sus reacciones son indiferenciadas y globales y ni los estímulos ni las reacciones son específicas. Es a partir de este precursor amorfo que es el estado de alarma, cuando dos órdenes de experiencias se diferencian lentamente: los que representan un crecimiento de tensión y los que representan una satisfacción. Se producirá solamente una diferenciación, dice Kubie, cuando el desarrollo de hechos comienza a tener un sentido anticipador y específico para el niño, es decir, cuando se convierte en signo condicionado de respuesta específica.

Es en el curso de los primeros desarrollos del niño cuando pueden aparecer "estados tensionales", sobre los cuales los autores anglosajones han insistido y en particular M. Ribble. Este autor piensa que la falta de maternidad es el más seguro promotor de angustia; numerosos autores han

insistido sobre las consecuencias de la sujeción muscular. Ph. Greenacre ve en estas primeras experiencias vitales condiciones para la predisposición ansiosa. Se trata de un "potencial" ansioso que impregna el organismo antes de que el desarrollo físico permita la elaboración de medidas de defensa.

Podemos preguntarnos si el término de angustia no se convierte en algo muy extenso y si no sería interesante distinguir, en las descripciones hechas por los diversos autores, diferencias tanto en el plano de la expresión de estas manifestaciones como en el de su patogenia.

R. Spitz distingue tres estadios en el desarrollo de la angustia durante el primer año:

— En un primer estadio difícilmente se puede hablar de angustia verdadera; se trata de estados de tensión fisiológica que se manifiestan en respuesta a las percepciones de desequilibrio interior.

— En el segundo trimestre de la vida aparece la reacción de miedo, reacción que se dirige a un objeto del entorno físico, ya sea una persona o una cosa con la cual el niño ha tenido experiencias desagradables. Cuando este objeto se presente de nuevo en su percepción, el niño tendrá una reacción de huida.

— Es entre los 6 y 8 meses (en el momento en que la discriminación diacritica ha progresado mucho) cuando el niño comienza a distinguir el amigo del extraño y aparecen los fenómenos de angustia propiamente dichos. Se trata de una reacción frente a un extraño cuando la madre está ausente. R. Spitz emite la hipótesis de que el niño reacciona con displacer ante la ausencia de la madre; la angustia que manifiesta no sería una reacción ligada al recuerdo de una experiencia desagradable con un extraño, sino una percepción intrapsíquica de la no-identidad del extraño con su madre (esta angustia forma parte de la evolución).

J. Bowlby (volviendo al estudio de la angustia de separación) admite que inicialmente la angustia es una reacción primaria, no reductible a otras condiciones y que es debida simplemente a una ruptura de la unión del niño con su madre. Esta teoría de la "angustia primaria" se desprende directamente de la hipótesis según la cual el niño está unido a su madre por un cierto número de sistemas de reacciones instintivas, cada una de las cuales es primaria y que, parece, aseguran en gran medida la supervivencia. Tal tipo de angustia no puede ser vista como una simple señal de alarma ante algo muy malo; es una primera experiencia que, cuando alcanza cierto grado de intensidad, se encuentra ligada directamente al desencadenamiento de los mecanismos de defensa. J. Bowlby y J. Robertson, estudiando el comportamiento de los niños pequeños al separarlos de su madre (separación entre los doce meses y cuatro años), describen tres fases principales: fase de "protesta", fase de "desesperanza" y fase de "desprendimiento". La protesta conlleva especialmente el problema de la angustia de la separación; la desesperanza, el de la nostalgia, la pena; el desprendimiento, el de la defensa. Estos tres tipos de reacciones responden a fases de un mismo proceso, cada una de estas reacciones favorece las otras dos.

Para los behavioristas, la mayoría de las neurosis tienen por base la ansiedad; J. Wolpe explica la ansiedad difusa mediante dos aplicaciones reflexológicas que no se excluyen recíprocamente:

(1.) es posible que este tipo de ansiedad se condicione en circunstancias mal definidas, en presencia de estímulos "flotantes" y mal percibidos (quizás en razón de estado de vigilancia);

(2.) es posible que la intensidad de la ansiedad inicial haya sido tan alta que se hayan visto implicados numerosos estímulos en el condicionamiento y continúan provocando, juntos o separadamente, la aparición ulterior de la angustia.

En comparación con los pioneros: S. Freud, A. Binet y J. B. Watson, la evolución actual pone de manifiesto a la vez un predominio de la técnica de medición y del análisis factorial, de los que se hallará una revisión crítica y referencias en los trabajos de M. Zlotowicz. Estamos de acuerdo con este autor cuando recuerda la opinión tan acertada de S. B. Sarason: "La medida de la ansiedad por las escalas de ansiedad hace una petición de principio sobre lo que es manifiesto". M. Zlotowicz señala que las conclusiones son algo confusas y que los resultados presentan numerosos obstáculos y contradicciones. Cuando se intenta abordar estos problemas mediante técnicas fisiológicas se corre el riesgo de olvidar lo esencial, es decir, el simbolismo de los miedos y de las fobias en el niño. M. Zlotowicz prefiere los cuestionarios abiertos a los cerrados; por otra parte, admite la importancia de los métodos de observación del lactante, entre los cuales, los de R. A. Spitz y sobre todo el de J. Bowlby, y estima que en la actualidad se está desarrollando una verdadera etiología del lactante, en la que ocupan un lugar importante

el estudio del miedo y de los precursores de la angustia, como señala una revisión crítica de G. Bronson (1968).

M. Zlotowicz ha realizado dos estudios sobre el miedo y la angustia en el niño. El primero, efectuado con niños de 6 a 13 años mediante un cuestionario cerrado permitió, tras el análisis factorial, caracterizar dos dimensiones de la angustia en el niño. El segundo utilizó entrevistas abiertas con chicos y chicas y permitió analizar de forma profunda el contenido de los temores del niño. Los análisis factoriales y los análisis de correspondencias le permitieron agrupar los resultados en dos grupos: uno de angustia de espera (separación, culpabilidad, muerte natural) y otro de fobias (muerte violenta, devoración, repulsión). Según M. Zlotowicz, los agentes característicos de las fobias se sitúan en un mundo no familiar y por tanto temible, mientras que los agentes de la angustia de espera pertenecen a la esfera de lo familiar, y las amenazas implícitas no constituyen peligros evidentes.

Según M. Zlotowicz, tres de las principales categorías de la angustia infantil se refieren a la angustia de muerte vista bajo aspectos diferentes. De la cuarta, más compleja, la idea de la muerte no está ausente sin embargo, por lo menos bajo la forma de un temor a la muerte de los otros, en particular de los familiares. Además la mayoría de las fobias, tan características de la forma de expresión de la angustia infantil, tal como el miedo a animales devoradores, a ladrones, a brujas, fantasmas, la obscuridad, los cataclismos..., reciben una interpretación principal que permite relacionarlos con las distintas formas de la angustia de muerte. Finalmente, integrando lo que la entrevista con los niños le ha hecho observar, llega a la conclusión de que es posible deducir sentidos o significados segundos en las expresiones, lo que es a la vez una manera de reintroducir diferencias de significados descuidadas en la clasificación y de manifestar la sobredeterminación de los símbolos.

Mientras que los miedos infantiles son en su mayoría simbólicos, la angustia de los adolescentes se manifiesta sobre todo por representaciones del porvenir y del mundo; en la adolescencia una parte de la angustia está todavía tematizada en forma de símbolos, pero, entre los 14 y los 18 años, la importancia de esta forma de expresión tiende a reducirse (H. Rodríguez Tome y M. Zlotowicz). A partir de una encuesta realizada con 345 estudiantes de 14 a 16 años y de un análisis factorial de sus temas de miedo y de "vivencias" de miedo, estos autores han puesto en evidencia algunas dimensiones de la angustia de la adolescencia: fobias y angustia de espera, peligros en el Si y peligros en los demás; han distinguido dos formas de angustia de separación, según que implique relaciones diferenciadas con los demás o que implique el temor de un mundo globalmente hostil.

II. — MANIFESTACIONES DE LA ANGUSTIA EN EL NIÑO

Cierto número de manifestaciones psicomotoras y vegetativas se han incluido en el cuadro de la angustia, en tanto que responden a cuadros distintos y no pueden ser explicadas por una patogenia común. Es evidente que estados de incomodidad o de malestar forman parte de una reactividad normal del niño debido a la situación que provocan. Cuando las necesidades no se satisfacen, el niño reacciona con un estado de inquietud-expectante. Después de un estado de peligro en el curso de un stress, el niño puede reaccionar de una manera más o menos duradera, sea con una reacción de sobresalto o con reacciones hipotónicas o hipercinéticas. Hay casos de stress agudos con estímulos muy intensos hacia los cuales el niño responde con una reacción neuromuscular y vegetativa seguida de un estado de inhibición más o menos duradero. En casos de peligro profundo y prolongado después de una fase de reacciones, pasadas más o menos inadvertidas, el niño reacciona hacia el abandono por una actitud de dimisión. No obstante, desde una edad temprana existen angustias, reacciones de miedo hacia un suceso temible, aunque mal definido.

Según E. J. Anthony, la mayoría de niños ansiosos comienzan, desde el primer

mes de la vida, a mostrar modelos de comportamiento que, más tarde, se desarrollarán como franca ansiedad, sensibilidad al *stress* y reacción excesiva a los estímulos internos y externos. Evidentemente no podemos describir aquí todos los trastornos que están en relación con la angustia, porque haría falta abordar conjuntamente el problema de neurosis y psicosis; no retendremos más que ciertas formas particulares.

1.° Reacciones de angustia episódicas. — Se trata de crisis de ansiedad de una duración variable en el curso de ciertos episodios medicoquirúrgicos y, en particular, de ciertas afecciones febriles. Estas ráfagas de ansiedad aparecen más frecuentemente en el acmé de la enfermedad y desaparecen después de la defervescencia o incluso antes si la enfermedad es de larga duración. La persistencia de la ansiedad depende a menudo de la del entorno; no se da más que en ciertos tipos de personalidad.

2.° Reacciones de angustia agudas. — Las crisis de ansiedad agudas no son raras en el niño (W. S. Langford, L. Kanner, B. I. Beverly, B. Bartoleschi). Se trata de crisis que sobrevienen varias veces al día, o de vez en cuando, crisis de pánico intenso durante las cuales el niño aparece aterrorizado, con los ojos desencajados, sudoroso, tembloroso y quejándose de trastornos diversos, cardíacos, respiratorios, abdominales. Se trata lo más frecuentemente de manifestaciones de comienzo brusco, que duran de varios minutos hasta media hora, que pueden tomar formas polimorfas y hacer creer que se trata de crisis cardíacas, crisis epilépticas, crisis asmáticas o afecciones gastrointestinales. Si se encuentra en estos casos a menudo una experiencia primaria de naturaleza alarmante que ha precipitado la enfermedad (fallecimiento de un familiar, de un amigo, experiencia de orden sexual, dificultades escolares, etc.), no se trata, para B. I. Beverly, más que de condiciones precipitantes que sólo desempeñan un papel en el cuadro de inseguridad del niño y de su agresividad que, no manifestada abiertamente, se vuelve contra el mismo niño. Se trata, lo más a menudo, según este autor, de niños que viven en una atmósfera de inseguridad, educados de una manera rígida y de acuerdo con formas de conducta estándar, sin iniciativa ni originalidad. Para O. S. English y G. H. J. Pearson, la crisis de ansiedad aguda es la señal de una queja más o menos consciente de abandono por los padres, de pérdida del amor paterno o de un peligro corporal (mutilación o muerte); la crisis de ansiedad sobreviene en el momento en que el niño siente cierta privación que le impide la satisfacción adecuada de sus necesidades instintivas. Estas crisis agudas de ansiedad pueden no ser más que episódicas con remisión sintomática posterior, o pueden organizarse en una forma preneurótica que, pasada la sintomatología aguda, se prolonga por una ansiedad latente que puede posteriormente evolucionar hacia una estructuración neurótica (B. Bartoleschi).

Las manifestaciones nocturnas de la ansiedad aguda se presentan ya en la forma de pesadillas, ya en la forma espectacular de terrores nocturnos (véase el capítulo *Trastornos del sueño*). Destaquemos que si, en el curso de terrores nocturnos, estas manifestaciones se acompañan de modificaciones tónicas y vegetativas importantes y toman la forma de un pánico asombroso y son seguidas de amnesia, las pesadillas acompañadas a veces de somnolientos pueden seguirse de dificultades para distinguir la realidad del sueño en las horas e incluso en los días siguientes. Por otra parte, las angustias de la pesadilla confrontadas con la realidad pueden dar lugar (de igual modo que la confrontación con una realidad más o menos confusa) a nuevas fuentes de fantasmización (nueva construcción) ligadas al fantasma original de la pesadilla o incluso desligadas de él.

3.° Fondo de angustia crónica. — Algunos niños pueden quedar en un estado de inquietud y de temor permanente, con miedo a todo y con una fragilidad a todo peligro que pueda venir del exterior o del interior. Se trata a menudo de niños expectantes, que viven en una actitud defensiva con fáciles sobresaltos, pero que presentan muy frecuentemente en un primer plano manifestaciones somáticas: trastornos del sueño, insomnio en particular, trastornos del apetito, trastornos digestivos, respiratorios o cardíacos. Más raramente se quejan de verdaderas sensaciones constrictivas de angustia. Estos estados de ansiedad pueden presentarse como fenómenos pasajeros respondiendo, a veces, a momentos críticos del desarrollo del niño y en particular al período prepuberal. Pueden evolucionar de formas completamente variadas, pero lo más a menudo hacia una forma fóbica.

4.° Hipocondría. — El síndrome hipocondríaco, forma particular de ansiedad, ha sido bien descrito por L. Kanner y por E. J. Anthony. La hipocondría no es una enfermedad en sí, sino que entra en un cuadro psicodinámico complejo y diferente según la edad. En el niño pequeño se caracteriza por quejas de mal funcionamiento corporal, de vaga mala salud o por una anticipación ansiosa de enfermedad futura. Esta actitud responde principalmente a la identificación con los padres, hermanos o hermanas enfermos y a la utilización de formas de somatización familiar para hacer frente al *stress*. Otros factores pueden ser un "automaternaje" por ausencia de figuras parentales, la búsqueda de atención para obtener una aceptación y una aprobación mayores de la familia, una "huida en la enfermedad" para evitar situaciones amenazantes o depresiones, por una necesidad de combatir una ansiedad indefinida y por la adopción de una forma definida de ansiedad que podría ser curada, y sobre todo, la expiación de sentimientos de culpa en relación con impulsos y acciones hostiles o sexuales (E. J. Anthony).

Todos los autores coinciden en el rol desempeñado por los padres; para L. Kanner, en el 53% de los casos, el padre o la madre era hipocondríaca, pudiendo considerarse a los hijos como "los órganos de la hipocondría familiar"; o bien, algunas madres experimentan placer administrando atenciones, en cuyo caso la "enfermedad" del hijo se convierte entonces en una parte esencial de la relación con la madre, y el hijo viene a ser literalmente su "paciente" (E. J. Anthony).

Un examen físico cuidadoso puede en ocasiones tranquilizar al niño y la familia, pero una exploración demasiado exhaustiva puede actuar como agente yatrogénico. Según las catamnesis realizadas por L. Kanner, el 86% evolucionan favorablemente. De hecho, el porvenir depende del compromiso entre lo que el niño manifiesta y los beneficios que obtiene de ello y las reacciones del medio familiar. La hipocondría es un síndrome que sólo puede ser comprendido dentro del marco de la "historia familiar".

La hipocondría ofrece rasgos particulares en la adolescencia y brotes agudos que han sido muy bien estudiados por R. Ebtinger y J.-P. Sichel (1971). Si la adolescencia es la edad de la hipocondría leve, casi "normal", quizás incluso madurativa, sin embargo también puede estallar masivamente, en forma de crisis agudas que estos autores denominan "bouffées hipocondríacas agudas de la adolescencia"; sin parecido ninguno con la hipocondría banal, constituyen catástrofes ansiosas que plantean simultáneamente el problema diagnóstico de su posible naturaleza psicótica y el del significado de la prevalencia de la catexia corporal hipocondríaca. Las quejas se refieren a todos los órganos pero con un claro predominio del corazón los adolescentes se quejan de precordalgias y de crisis de taquicardia paroxística. Más raramente las que predominan son las cefaleas. Por el contrario, las quejas sobre dificultades diges-

tivas, tan frecuentes en los hipocondríacos adultos, no aparecen nunca en los adolescentes. Son raras las ideas de enfermedad incurable, ya que el temor a la muerte inminente suele predominar. Es sin duda por esta razón que la angustia se centra sobre todo en el corazón, órgano investido de un rol mágico, perceptible a lo que la influencia de la divulgación médica no es ajena. En los enfermos que presentan una bouffée hipocondríaca aguda el comienzo de los síntomas suele ser brutal, sin signos premonitores. Los pacientes no han presentado anteriormente alteraciones claras del carácter. La sintomatología está claramente dominada por las quejas hipocondríacas y se acompaña de un sentimiento de muerte inminente que explica la angustia intensamente vivida y que hace que los pacientes estén agitados, molestos, inaccesibles a las frases tranquilizantes. Los accesos de duración variable, pero tras el tratamiento las curaciones "clínicas" son completas y en algunos casos se ha podido comprobar posteriormente la ausencia de recaídas y una buena reinserción social y laboral. En las formas más conocidas de hipocondría que se insertan en el cuadro de la esquizofrenia, el comienzo es más insidioso y los enfermos presentan trastornos de conducta antes de la eclosión del delirio. Aunque las quejas hipocondríacas dominan el cuadro clínico en la fase aguda, también existen síntomas asociados, que consisten en general en un autismo o temas depresivos. La angustia es más desvitalizada, más difusa. A pesar del tratamiento, las remisiones son menos completas, las recaídas más frecuentes y la evolución final hacia una esquizofrenia paranoide casi inevitable. La hipocondría es un síndrome en el que la angustia y los mecanismos de defensa son utilizados para luchar contra la despersonalización. En el adolescente está a menudo en relación con la culpabilidad masturbatoria y procede de la angustia de castración. La ambigüedad del rol del padre se traduce en esta manifestación de la angustia de expresión somática.

III. — PATOGENIA

La patogenia de estas diversas manifestaciones ansiosas en el niño está lejos de ser única, como veremos más adelante. No creemos que sea necesario colocar estos trastornos en relación con una desviación de las condiciones del nacimiento o de los desórdenes prenatales, natales o posnatales, como ha sido defendido por algunos (J. L. Despert y B. J. Bolin). Si los hallazgos aportados por estos autores son en favor de una cierta fragilidad del niño a las reacciones emocionales o de cierta inmadurez conllevando una labilidad neurovegetativa, esto se puede dar sin que exista una afectación orgánica y estar en relación con las dificultades emocionales creadas por las primeras relaciones.

Según E. J. Anthony, a partir del primer mes, el factor "constitucional" de la ansiedad precoz podría jugar un papel en la determinación del cuadro clínico de los conflictos neuróticos posteriores; algunos lo han relacionado con el rechazo o la negligencia materna y también se ha sugerido que la ansiedad materna prenatal podría favorecer la predisposición del niño a la ansiedad.

En un estadio posterior del desarrollo la ansiedad puede ser engendrada a partir de fuentes diferentes: contagio, ansiedad traumática y ansiedad de conflicto.

La transmisión de la ansiedad de contagio depende de factores tales como la edad del niño, el grado de dependencia y de sugestionabilidad, la identificación con uno de los padres ansioso.

La ansiedad traumática depende de su carácter de inesperado, de su intensidad y de su significado en relación con los conflictos en curso. Para que una perturbación

traumática se solucione deben intervenir cuatro condiciones: 1) el "entorno" no debe actuar en exceso, 2) la experiencia no debe ser relacionada con ningún conflicto de base ya existente; 3) los beneficios secundarios en forma de solicitud y de mimo no deberán ser excesivos; 4) el niño deberá hallar suficiente estabilidad en el medio ambiente.

La resolución de la ansiedad de conflicto depende de un conjunto de factores más complejos, especialmente de la acumulación de perturbaciones construidas durante todo el curso del desarrollo psicosexual. Puede ser superada más fácilmente mediante el funcionamiento del Yo más competente del estadio siguiente de la maduración. La ansiedad neurótica media de los niños contiene elementos procedentes de tres fuentes y los factores externos a menudo producen efectos determinantes sobre la configuración de los conflictos neuróticos de base.

No debemos olvidar, sin embargo, que en el sistema nervioso central se encuentran regiones (diencefálicas, rinencefálicas) cuya excitación en el animal produce manifestaciones de miedo. Este tipo de reacciones han podido ser producidas en el hombre por excitación temporal (W. Penfield y H. Jasper), y son descritas bajo la forma de equivalentes o de aura (D. McRae, D. Williams) en los sujetos que presentan una epilepsia temporal. E. Baptistete admite la existencia de miedos patológicos permanentes de origen epiléptico, cuya sintomatología puede desaparecer por una medicación anticonvulsiva (barbitúricos o hidantoínas).

Queremos insistir, por nuestra parte, sobre el hecho de que estas manifestaciones de ansiedad pueden condicionarse en función de respuestas del medio, pueden fijarse porque las demandas no son satisfechas o bien porque el niño encuentra satisfacción en ello. En algunos niños, las formas de angustia latente no son más que el reflejo de la angustia de la madre, de la cual ella misma marca el ritmo, constituyendo una angustia en eco que llega a ser a veces un diálogo, como si se tratara de una organización simbiótica del humor; si se modifica la angustia real de la madre o, al menos, el componente somático y tónico de esta angustia, pueden aparecer en el niño nuevos modelos de tranquilización.

Desde el punto de vista patogénico, el problema más importante es el del "dominio de la angustia".

Para S. Freud, existe una angustia que corresponde a la contrapartida de un estado de peligro biológico, fenómeno "automático" respondiendo a un aflujo no controlable de excitaciones, pero por otra parte hay una "señal de angustia" que es un dispositivo (puesto en función por el Yo en una situación de peligro), dependiente de las operaciones defensivas. Si se coloca sobre el plano pulsional, puede admitirse, como lo ha hecho S. Freud, bien que la angustia es el resultado de una transformación automática de las pulsiones libidinales reprimidas, es decir, que cuando se reprime un deseo libidinal la angustia aparece en su lugar, o bien, como ha pensado a continuación, que la angustia precede a la represión (según P. Heimann, la primera hipótesis no fue nunca abandonada de hecho por S. Freud).

Según M. Klein, la angustia proviene directamente de pulsiones destructoras y el peligro producido para el organismo por la pulsión de muerte, fuente de las pulsiones destructoras, sería la causa primera de angustia.

Se tiende a confundir la angustia patrimonio del individuo en evolución, a la vez penosa y constructiva, y la angustia adquirida en la cual el individuo está prisionero. Que la angustia provenga de la represión o directamente de las pulsiones, lo que importa es saber cómo se metaboliza en el curso de la evolución, cómo el niño tan pronto es capaz de canalizarla y dominarla como de ceder a ella.

En las diversas partes del desarrollo normal, la angustia resulta manejable; se sabe,

por ejemplo, que el niño puede reaccionar a sus angustias mediante repeticiones activas de la situación angustiante, sea haciéndose describir por un adulto tranquilizador los sucesos pavorosos, sea por el mecanismo de un proceso de control diferido que se acomoda a un "placer funcional" obtenido por el dominio de la angustia.

Lo que importa es la utilización de la angustia que aparece como un problema esencial y no solamente su existencia.

Según A. Freud, hay poca diferencia entre los niños en cuanto al tipo de angustia que experimentan, porque las modalidades de ésta son subproductos constantes de estados consecutivos a la unión biológica con la madre (angustia de separación), a la relación de objeto (miedo a perder el objeto amado), al complejo de Edipo (angustia de castración), a la formación del Superyo (culpabilidad). No es la presencia o ausencia de angustia, su calidad o cantidad, lo que permite predecir el equilibrio psíquico o la enfermedad. Lo que es significativo a este respecto es solamente la capacidad del Yo para dominar la angustia. A este respecto, las diferencias entre un individuo y otro son muy grandes: la oportunidad de mantener un equilibrio mental depende de ello. Siendo igual cualquier otro factor, los niños tendrán posteriormente tantas más oportunidades de ser víctimas de trastornos neuróticos cuanto más incapaces se muestren en tolerar una misma cantidad moderada de angustia. Los niños en los que se puede prever una mejor evolución psicológica son los que hacen frente de manera activa a las mismas situaciones de peligro gracias a los recursos del Yo, tales como la comprensión intelectual, el razonamiento lógico, la posibilidad de transformar las condiciones externas, el contraataque agresivo; es decir, dominando la situación en lugar de batirse en retirada. En la medida en que pueden controlar así más grandes cantidades de angustia, dice A. Freud, pueden hacer una economía de la actividad defensiva en exceso, y la formación de compromisos y síntomas. Es evidente que cuando se habla de actividad defensiva debemos tener en cuenta la elección en la gama de los mecanismos de defensa.

Por otra parte, la ansiedad no puede ser definida únicamente por sus manifestaciones aparentes. Si es cierto que la angustia, con su sintomatología motriz y neurovegetativa, corresponde a la forma más clásica, otras veces los fenómenos motores quedan en un segundo plano y no se manifiestan más que bajo la forma de inhibición. Si a veces la ansiedad está verbalizada en fórmulas más o menos vagas, otras veces queda mentalizada sin expresión, ni somática ni verbal. Una forma particular, y por tanto más interesante, es la angustia negada, en la cual la angustia es tan profunda e intensa que está recubierta por una racionalización del pensamiento creando un vacío de toda vida fantasmática. La negación de toda angustia flotante es a menudo más grave que el manejo relativamente controlado de una angustia episódica.

III. — FOBIAS EN EL NIÑO

Las fobias en el niño están ligadas al temor injustificado y no razonable ante objetos, seres o situaciones del cual el sujeto reconoce lo ilógico, pero le dominan repetidamente; tienen como consecuencia una inhibición en el campo de la acción y, a menudo, en el de la representación.

S. Freud ha escrito: "las fobias no deberían ser consideradas más que como síndromes que pueden tomar parte en diversas neurosis y no debemos clasificarlas como procesos patológicos independientes".

Las fobias son muy frecuentes en el niño, hasta tal punto que S. Freud dijo que la fobia era la neurosis normal de la infancia. Es cierto que el miedo a un objeto o a una situación son frecuentes, aún en temprana edad.

Clásicamente, habría que hacer una distinción entre la fobia, la angustia difusa y el miedo. La angustia difusa no se refiere ni a un objeto ni a una situación particular, el miedo (fenómeno ligado a experiencias reales o en relación con procesos educativos) responde a la percepción de un peligro real, a situaciones dadas o a la previsión de un peligro posible que provenga del exterior. La literatura sobre el miedo en el niño es extremadamente importante (A. T. Jersild, S. B. Sarason y otros, Winker, etc.); nos revela las frecuentes confusiones que tienen los autores o sus dificultades en diferenciar de manera precisa la ansiedad, el miedo y la fobia (consultar los trabajos de M. Zlotowicz, capítulo *Ansiedad*).

Es evidente que la fobia será completamente diferente según se la considere como una reacción de miedo condicionado, o como el desplazamiento del miedo a un objeto o a una situación específica hacia otra situación más inofensiva (H. F. Shirley) o como la concretización de situaciones generales, productoras de ansiedad.

Los autores clásicos del siglo XIX y principios del XX se han dedicado a describir las fobias según su aspecto manifiesto, en el cuadro de una psiconeurosis fóbicoobsesiva. Después de S. Freud, los psicoanalistas establecen los caracteres distintivos entre neurosis fóbica y neurosis obsesiva. Haciendo esta distinción, lanzan las bases de nuevas teorías explicativas que se sitúan fuera de las teorías intelectualistas y emocionalistas e insertan el síntoma fóbico en el cuadro de una medida defensiva contra la actualización de la angustia. El síntoma fóbico es un mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia, para conseguir su apaciguamiento, sobre un objeto fóbico exterior a él. El objeto fóbico tiene, pues, un valor sustitutivo; no es más que el disfraz simbólico de lo que reemplaza.

A. — ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS FOBIAS

Estudiaremos sucesivamente las características del objeto fobógeno, la cronología en la aparición de las fobias y el comportamiento de los niños fóbicos.

I. — DIVERSIDAD DEL OBJETO FOBÓGENO

La descripción de las manifestaciones fóbicas pueden multiplicarse infinitamente. Puede tratarse de:

- miedo de una acción exterior por elementos insólitos (movimientos inesperados, modificaciones de la luz, deslumbramientos, oscuridad, caídas, pérdidas de equilibrio, ruidos raros o excesivos, inesperados, cuyo origen no se comprende, actividad de ciertos aparatos mecánicos);
- miedo a elementos naturales, que al mismo tiempo atraen (silencio, fuego, olas, truenos, etc.);
- fobia a animales grandes o pequeños (perros, caballos, animales salvajes, ratas, víboras, etc.), animales que muerden, comen o persiguen, animales viscosos y sucios;
- miedo a personas conocidas (del médico como personaje) fuera de toda actividad real;
- miedo a personajes irreales, pero que guardan un considerable valor real puesto que han sido descritos como peligrosos y presentados bajo estructuras sobrenaturales (fantasmas, brujas, etc.);
- temor a un ataque corporal (en particular los ojos);
- miedo a la suciedad, a la enfermedad, al contagio;

- miedo a ser descubierto por la mirada de otro o manifestaciones de su propia persona (miedo a sonrojarse);
- miedo a que una persona cercana pueda sufrir un accidente o a la muerte de esta persona;
- temor a estar en peligro en los espacios cerrados (en la habitación con la puerta cerrada o en el ascensor en movimiento);
- miedo a los espacios mal limitados, muy abiertos y en los cuales el niño se siente solo, extraño, alejado de toda posible ayuda;
- temor a la oscuridad.

Consultese la lista de temas de miedos infantiles de M. Zlotowicz (*Bull. psychol.*, 1971-1972).

Estos temores hacia los objetos, personas o situaciones peligrosas raramente vienen solos.

Los miedos forman parte de reacciones del organismo y siguen a situaciones desordenadas o de vacío. El descubrimiento del mundo está lleno de incertidumbre, la acción de un mundo exterior trae consigo tantas satisfacciones como amenazas. El aprendizaje del peligro real forma parte de la aprensión de la realidad. Un cierto temor a un posible peligro, incluso en situaciones de seguridad, forma parte de una previsión necesaria en el curso de la formación, ya que el niño vive en un mundo mágico donde todo es posible, y esto tanto más cuando el folklore o el entorno alimenten esta impresión de inseguridad. En su relación con los niños, los padres se sitúan a menudo en situaciones regresivas durante las cuales experimentan más fácilmente sus propios temores de una manera simbólica o sus fantasmas de una manera disimulada.

Estos temores se modifican, vividos en el presente próximo; se modifican cuando el niño adquiere una aptitud creciente para discriminar, para comportarse en función de impresiones pasadas, para imaginar y anticiparse al porvenir, pudiendo expresarse cada vez más bajo forma de peligros lejanos o imaginarios, o de desgracias que pueden sobrevenir en fechas más lejanas (A. T. Jersild).

En la delimitación del carácter patológico del miedo hay que tener en cuenta cierto número de factores:

- Importancia del miedo respecto a los peligros reales existentes.
- Relación entre el miedo y una experiencia exterior traumatizante que puede condicionarse o que puede ser devaluada más tarde. Así, según A. T. Jersild y F. B. Holmes, el miedo a extraños puede desvanecerse a medida que el niño va tomando conocimiento de su medio ambiente y los miedos ligados al recuerdo de acontecimientos aterradores se disipan en la medida en que no hay repetición del acontecimiento, pero debe saberse que la inquietud de un niño en cuanto a una posible desgracia puede ser del todo desproporcionada con la probabilidad de que le suceda realmente esa desgracia.
- Focalización de la angustia exteriorizada repitiéndose cada vez que el niño se encuentra frente al objeto o a la situación fobógena, o a su representación simbólica.
- Reminiscencias de ideas en las que se coloca el niño, por el pensamiento, en situaciones sin objeto ni presencia de nadie.

El niño tiene miedo de tener miedo, pero estas descripciones puramente formales no nos permiten por sí mismas considerar los estados de miedo como patológicos sin tener en cuenta la organización del Yo y sus mecanismos de defensa. Lo que importa es saber hasta qué punto estas quejas pueden ser superadas o quedan relativamente aisladas, sin afectar al desenvolvimiento de la vida del niño. Sabemos, en efecto, que a veces la instauración de la fobia no conlleva sedación de la angustia;

cundo "algunas fobias no triunfan en su tentativa de proyección, continúan desarrollándose, la proyección resulta inadecuada, la extensión de la fobia aumenta (...). De la consecución de la proyección depende el equilibrio económico entre las pulsiones y la angustia que se opone; dicho de otra forma, de toda la historia anterior de la personalidad" (O. Fenichel).

II. - CRONOLOGÍA EN LA APARICIÓN DE LAS FOBIAS

En el curso de la evolución del niño, se describen variaciones cuantitativas y cualitativas del miedo. Numerosos autores, y particularmente A. T. Jersild y F. B. Holmes (1935), han establecido curvas de frecuencia relativas a las diversas situaciones que asustaban al niño partiendo de las descripciones de los padres y profesores.

El estudio psicodinámico de esta evolución ha sido continuado por cierto número de psicoanalistas (R. Spitz, L. Despert, J. Mallet, etc.).

A. Haynal y cols., encuentran en los animales ciertos signos de miedo que consideran comparables con las fobias humanas; así en los primates subhumanos, se observa una ansiedad de separación en relación con el apego a la madre, un temor ante un estímulo fuerte o ante un déficit de estimulación, un miedo de las amenazas del congénere.

S. Freud aceptaba la hipótesis de una memoria ancestral que influiría en la elección del objeto fobógeno. Anna Freud reconoce disposiciones innatas para la exploración de las angustias arcaicas. D. Morris admite potentes reacciones innatas hacia ciertos animales.

L. Despert escribe que los niños muy pequeños (2 años) dicen que tienen miedo de ser mordidos, comidos o acorralados, pero sin añadir por quién, ni cómo, y que se quejan de una forma análoga en el curso de sus terrores nocturnos. La mayor parte de los animales mencionados en los sueños pertenecen a especies que el niño no ha conocido más que en el transcurso de raras visitas al zoo o al campo y a través de elucubraciones de otros niños o adultos. Para un mismo niño los animales son con frecuencia intercambiables de un terror nocturno a otro. Cualesquiera que sean su tamaño y su forma, su supuesta actividad es siempre la misma: muerden, comen y a menudo persiguen. Más raramente les echan la culpa a personajes desconocidos; a esta categoría pertenecen los fantasmas y las brujas que aparecen hacia el tercero y cuarto años, especialmente si el niño ha tenido conocimiento de los cuentos de hadas.

El prototipo de estos personajes, dice J. Mallet, es muy probablemente "el extraño" que desencadena la angustia del octavo mes; el ogro se presenta como la síntesis mítica del extraño y el ser "devorador". A continuación de los terrores nocturnos, el niño comienza a experimentar angustia en la oscuridad. Después de la angustia nocturna y la fobia a las zonas oscuras, una segunda serie fóbica hace su aparición: comprende las especies de que forman parte los grandes animales domésticos. Si la fobia tiene, pues, siempre su raíz en el terror nocturno, aquí, contrariamente a la angustia del octavo mes y al miedo, no responde a una reacción ante una percepción del mundo exterior antecedente. Es, por el contrario, una reacción a cualquier cosa que se desenvuelva en el mundo interior, en el organismo. Es más tarde cuando aparece el miedo a los animales pequeños (ratones, arañas, mariposas, murciélagos). Lo que hace característico a este período no es solamente el pequeño tamaño de los objetos fobógenos, sino el hecho de que es su contacto inmediato el que se teme; se anticipan como repugnantes; el contacto a distancia, visual o auditivo, se experimenta como angustiante. Hacia la edad de 5 años pueden surgir manifestaciones agorafóbicas y vértigos de altura.

Según E. J. Anthony, los miedos aparecen con regularidad durante el desarrollo del niño y determinados tipos de miedos son característicos de ciertos estadios del desarrollo:

- 1.º El lactante se asusta por cualquier estímulo intenso y por la pérdida de apoyo entre los 5 y los 9 meses manifiesta miedo de las personas, las cosas y las situaciones no familiares.
- 2.º Entre los 2 y los 3 años, predominan los miedos a los animales y el miedo a la oscuridad no suele comenzar antes de los tres años y cuando el niño crece, la oscuridad se convierte en un factor que interviene en la mayoría de los miedos, cuando no es la causa principal. Teniendo en

cuenta que la oscuridad es a menudo el equivalente de la soledad (tanto si los demás están presentes como si están ausentes) el niño se siente más vulnerable y menos capaz de soportarla, y por consiguiente, estimula su ansiedad de base en lo que concierne a la separación de su madre. Según A. Gesell, entre tres años y medio y cuatro años y medio, el niño se despierta con miedo tras soñar con animales, "especialmente el lobo" (como en el caso del hombre de los lobos).

3.º Durante los años preescolares tiene lugar un incremento progresivo del miedo a los animales que comen y muerden, y más tarde de los animales muy poderosos y destructores. Gran número de los miedos de los niños de esta edad están relacionados con la posibilidad de resultar herido, quemado o sufrir un accidente de circulación.

4.º Cuando el niño crece y ya es capaz de asimilar el pasado y anticipar el futuro, los miedos van siendo formulados en términos de peligro lejano o imaginario, o en términos de desgracia que no le amenaza en forma inmediata sino que podría ocurrirle en el futuro.

Hacia la edad de 8 años, según E. J. Anthony, la fobia de la muerte o "ansiedad de los 8 años" aparece de forma regular y casi constante: en esta edad aparece en gran número de niños lo que podría definirse como "crisis existencial" cuyo núcleo es una vez más la ansiedad de separación. El temor principal es el de la muerte de la madre, después, la muerte se presenta como una separación o sobre todo como abandono, y posteriormente, la muerte es personificada en una figura odiosa que se lleva a la persona amada. S. Freud creyó durante cierto tiempo que si un individuo no había sido víctima de experiencias sexuales de seducción antes de la edad de 8 años no podía desarrollar una histeria; en el caso de Dora, la neurosis comenzó a los 8 años, y en el caso del hombre de los lobos, su "neurosis infantil" terminó de forma brusca a los ocho años. E. J. Anthony hace hincapié en que para J. Piaget la edad de ocho años marca también una línea fronteriza entre el niño egocéntrico, con sus tendencias mágicas y animistas, "realistas" asociadas a un tipo de pensamiento pre-causal, prelógico, y el niño "operacional" que ve el mundo de forma lógica y racional. Finalmente, durante el período de la adolescencia, los miedos y las ansiedades se refieren a inadecuaciones y asimetría física, a dificultades intelectuales y del funcionamiento sexual.

Estudiando los animales que son preferidos o rechazados por los niños, D. Morris dice que los niños prefieren los animales que presentan rasgos antropomórficos y que detestan a los que no poseen dichos rasgos. Los niños pequeños prefieren a los grandes animales (que son identificados con la figura de los padres) mientras que los de más edad escogen animales pequeños (de los cuales quieren hacerse los amos y que se convierten en el símbolo de sus hijos). La preferencia o el rechazo depende, según este autor, de los valores simbólicos, pero la aversión o el miedo a ciertos animales depende de factores innatos.

Según R. Diatkine y J. Simon, no es posible establecer una cronología, ni una regla evolutiva, en función del objeto fóbico, haciéndose el desplazamiento en función de un símbolo determinado por la cultura y el lenguaje.

III. — COMPORTAMIENTO DEL NIÑO FÓBICO

La actitud del niño frente a la fobia y el comportamiento del niño fóbico están íntimamente ligados. Cuando el niño se encuentra con frecuencia frente al objeto fóbico, puede o bien presentar verdaderas reacciones de miedo con componente neurovegetativo asociado al gasto tensional que esto lleva consigo, o bien utilizar mecanismos de evitación que limitan más o menos su campo de acción o subterfugios de prevención (formulaciones conjuratorias) que tienden a aniquilar el objeto; cuando no puede evitarlo, el niño reacciona con una huida de pánico que no hace más que acrecentar su tensión y que puede todavía aumentar su fijación fóbica y el temor a futuras situaciones equivalentes; a veces se puede permitir afrontar el objeto, pero a expensas de una fuerte angustia que podría traer consigo un sentimiento de debilidad o una depresión. La búsqueda de un objeto antifóbico tranquilizante (objeto, persona, situación) puede aparecerse como una solución, pero se arriesga desde ese momento a encontrarse frente a una nueva posición en la que la

persona tranquilizadora se convierte en algo molesto desde el momento en que se considera indispensable. En este instante el niño está expuesto a sus propias contradicciones, porque puede confrontarse con una persona respecto a la cual es ambivalente; el objeto fóbico (el padre, por ejemplo) puede ser a la vez la razón de la fobia y su antídoto. Puede suceder también que el niño, en sus juegos, tienda a transfigurar la realidad en un "como si"; a través de un objeto inanimado puede entonces abordar el objeto real sin miedo. A menudo es durante un juego fantasmático cuando, por un superpoder mágico, destruye el objeto fóbico, colocándose en situaciones en las que se convierte en el vencedor, aunque el objeto sea peligroso.

La fobia muy frecuentemente pasa inadvertida porque el niño, por una actitud de prestancia o de negación, oculta sus temores afirmando que él no es la víctima ("no tengo miedo a nada"), o por una devaluación defensiva de objetos considerados como peligrosos ("las brujas, los fantasmas, no existen"). Debe saberse que las fobias son fenómenos constantes; puede existir comportamientos fóbicos pasajeros, pero se deben buscar sobre todo las fobias escondidas bajo diversos síndromes: comportamiento de fracaso, estado de hiperactividad diurna y sobre todo vespertina, estado de inhibición frecuente durante el período escolar (véase capítulo *El niño y la escuela*) o estados depresivos, consecuencia de una descompensación.

IV. — MECANISMOS DE LA ORGANIZACIÓN FÓBICA

La fobia es, para S. Freud, una de las neurosis que tiene menos necesidad de predisposiciones particulares para manifestarse. Desde el punto de vista teórico, existe una franca oposición entre los defensores de teorías psicoanalíticas y los de la nueva escuela behaviorista.

S. Freud, en 1905, aporta elementos esenciales de una teoría de la fobia, entre otras a propósito de la interpretación del caso del pequeño Hans. Este niño le había sido llevado por el padre porque presentaba una fobia a los caballos con miedo, al principio, de salir a la calle y, más tarde, temor a que el caballo entrara en la habitación. Se vio en seguida que Hans no sufría una angustia indeterminada a propósito de los caballos, sino que era precisamente el temor a ser mordido por los caballos. En esta época, S. Freud piensa que la fobia es debida a la represión de pulsiones libidinales después de prohibiciones por los padres, la cual provoca la angustia que se fija sobre un objeto fóbico, lo que sucede con el caballo en el caso que nos ocupa. El caballo es aquí el sustituto paterno, el contenido de la angustia (ser mordido por el caballo) no es otro que el temor de ser castrado por el padre. La formación del desplazamiento tiene dos ventajas:

— Permite hacer la economía de un conflicto de ambivalencia, porque el padre es al mismo tiempo un objeto amado.

— El padre aparece inopinadamente, y si se reemplaza por un animal es suficiente evitar al animal para verse libre del peligro.

En 1925 Freud reconsidera su teoría de las fobias formulada en 1905. Del estudio comparativo de la génesis de la fobia en el caso del pequeño Hans y en el del "hombre de los lobos" (donde el animal temido desempeña igualmente el papel de sustituto paterno), S. Freud concluye: "Los contenidos de la angustia —ser mordido por el caballo y ser devorado por el lobo— son las desfiguraciones del miedo a ser castrado por el padre. Es precisamente este contenido fundamental de la angustia el que ha sufrido la represión (...). Pero el estado afectivo angustioso de la fobia, que constituye su misma esencia, no deriva ni del proceso de represión ni de

los bloqueos libidinales de las tendencias reprimidas, sino, al contrario, de los propios factores represivos. El temor ansioso en la zoofobia es el temor a la castración, sin transformación alguna. Es una angustia real, el temor a un peligro verdaderamente amenazador o juzgado como tal. Aquí es la angustia la que produce la represión y no, como nosotros antes creíamos, la represión la que causa angustia (...). La angustia en las zoofobias es la angustia del Yo ante la castración (...). La mayor parte de las fobias, en la medida en que nosotros las podemos juzgar actualmente, se conducen por angustias parecidas. La angustia nunca nace de la libido reprimida."

Si un gran número de autores comparten la opinión de S. Freud sobre la fobia, para Melanie Klein, representa bastante más que un temor oculto de castración; para ella significa la persistencia de una angustia primitiva que cohabita con sus versiones posteriores modificadas. Para esta autora el temor a ser devorado por el Superyo, más primitivo que el temor a la castración, demostraría que la fobia es de hecho una modificación de la angustia, propia de los estadios más precoces del desarrollo. M. Sperling admite igualmente que es necesario buscar la patogenia de las fobias en las fuentes de la ansiedad que se desarrolla antes de la fase edípica (fase sadicoanal).

Para A. Freud, antes de la aparición de las fobias propiamente dichas, fundadas en la regresión, el conflicto o el desplazamiento, existen en el niño angustias calificadas de arcaicas (miedo a la oscuridad, a la soledad, a situaciones insólitas, miedo al trueno, al viento, etc.), pero no se las puede relacionar con ninguna experiencia de medios anteriores, que parecen, según A. Freud, ligadas a disposiciones innatas y explican la debilidad del Yo inmaduro y la desorientación por el pánico que se apodera del niño cuando debe hacer frente a impresiones desconocidas que no puede ni dominar ni asimilar; desaparecen a medida que progresa el desarrollo de las diferentes funciones del Yo y que se debilita la proyección y el pensamiento mágico.

Los adeptos de la teoría behaviorista se oponen a la concepción psicoanalítica de la fobia. Los behavioristas, que fundan su teoría en las experiencias extraídas del estudio del comportamiento del niño y los animales, consideran que las fobias son reacciones de ansiedad (miedo) condicionadas. S. Rachman y G. C. Costello, sobre la evidencia de las pruebas experimentales, estiman que las fobias son respuestas aprendidas. Los estímulos fóbicos, simples o complejos, se desarrollan cuando están asociados, en el tiempo o en el espacio, con un estado o una situación que produce miedo. La repetición de la asociación entre la situación de miedo y el nuevo estímulo fóbico refuerza la fobia y puede hacerse una generalización del estímulo fóbico original con estímulos de la misma naturaleza. Los behavioristas consideran, pues, que las fobias son reacciones de ansiedad condicionadas. Admiten que la conducta neurótica se aprende y que, en consecuencia, debería ser justificable su desaprendizaje. Así, pues, la fobia no sería un mecanismo sustitutivo o el fruto de mecanismos de desplazamiento, sino que estaría en relación directa con el condicionamiento. Después de esto, la desaparición del síntoma haría desaparecer la enfermedad, sin que esta desaparición tuviera como consecuencia un aumento del grado de ansiedad o de otras manifestaciones no deseadas.

Si no creemos que las fobias son todas condicionadas, pensamos, sin embargo, que se debe admitir el condicionamiento de ciertos "temores protofóbicos" (S. Freud) y que las "angustias arcaicas" (según nosotros, no necesariamente ligadas a disposiciones innatas, pero que responden a un estado de perturbación del niño inmaduro frente a un mundo incomprensible) pueden estar igualmente condicionadas por una falta de seguridad y por impresiones de abandono, pero los condicionalistas se equivocan, según nuestro modo de ver, cuando tratan de negar la importancia del

"desplazamiento" en la mayoría de las fobias de la infancia. Con justa razón, D. Widlocher admite que un objeto que provoque una reacción de miedo puede convertirse en el soporte de proyecciones fantasmáticas que, en principio, permiten al niño integrar esta experiencia en un sistema representativo y quitarle su carácter traumático, pero después esta aprensión imaginaria del objeto le predispone a persistir como objeto de angustia reapareciendo en las pesadillas o en las fobias si el conflicto y las tensiones endógenas son excesivas. A la inversa, la angustia, a pesar de su carácter endógeno, tiende a proyectarse sobre los objetos exteriores que anteriormente han podido ser considerados como objetos familiares y tranquilizadores.

La relación que ha podido hacerse entre los mecanismos de las fobias y los mecanismos de la histeria no siempre convence. En efecto, si se ha podido decir que el "desplazamiento" en las fobias convierte en inconsciente la idea ofensiva original, esto está lejos de ser verdad porque también se podría decir que la convierte en permanencia aunque no sea más que por la vía de la transfiguración. Como ha dicho A. Hesnard: "Así como el histérico pierde toda angustia, haciéndose débil, el fóbico se libera de su angustia por su fobia muy relativamente (...). Los procesos que debe seguir para ponerse al abrigo de la amenaza de la angustia se hacen tan penosos que son peores que el mal (...). Lo que crea sobre todo la diferencia sobre las dos estructuras es que la defensa contra la angustia (que puede resultar de cualquier conflicto) no tiene medida común entre una y otra neurosis (...). Artificio y cebo con otro y consigo mismo en el histérico. Sufrimiento sincero en treguas precaurías, en el fóbico."

Existen, sin duda alguna, estrechas relaciones entre las fobias y la angustia. Pero mientras que en ciertos casos hay relación directa entre el miedo y el condicionamiento, en otros, el desplazamiento es la única salida del individuo frente a ciertos conflictos internos. De todas formas, tanto en un caso como en el otro, los fenómenos no pueden ser comprendidos fuera del problema del dominio del miedo y de sus vicisitudes con relación a la organización de la personalidad.

B. — EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Desde el punto de vista evolutivo, se sabe que un gran número de fobias curan espontáneamente con la evolución del niño, ya sea, como dicen R. Diatkine y J. Simon, debido a que, ayudando la edad, sus descargas pulsionales pueden expresarse más fácilmente, o bien que en el curso de la maduración el niño aprenda una cierta realidad de posición, en su ambivalencia, frente a sus padres. La valorización de un síntoma tan frecuente como la fobia se arriesga a depender de ciertas contingencias ligadas al contexto y a la presión familiar que se desprende porque, de hecho, las fobias pueden desarrollarse sobre diversos terrenos psicopatológicos; no es solamente estar ajeno al caso, utilizando un síntoma como una señal pronóstica, es también descuidar el hecho de que un elemento aislado, incluso tan específico como la fobia, no es realmente significativo más que en un contexto que no siempre es fácil de aprehender. Hay que saber, sin embargo, que las fobias pueden preceder a la aparición de una neurosis obsesiva y que pueden ser igualmente el primer signo de una psicosis infantil.

De hecho, el problema es, a menudo, más complejo y es indispensable una psicoterapia de cierta duración. Pero no se puede tener la ambición, como dicen R. Diatkine y J. Simon, de tratar por el psicoanálisis a todos los niños que presentan

manifestaciones fóbicas. Uno de los efectos más deseables de una acción de higiene mental sería que los padres y profesores, cada vez en mayor número, vayan comprendiendo que detrás del nerviosismo, la pereza, los caprichos de muchos niños, se ocultan comportamientos fóbicos que llegan a evidenciarse en cuanto se piensa encontrarlos. Cierta número de medidas psicoterápicas o educativas pueden producir una disminución de síntomas que no hay que despreciar en el niño. Una mejor comprensión impedirá que llegue a ser catastrófica una situación penosa. Frente a una estructuración fóbica más precisa, los niños sacan provecho de una psicoterapia de base psicoanalítica. No se trata en estos casos, de oponer los métodos que se apoyan en el psicoanálisis clásico a los utilizados por los partidarios del análisis de las pulsiones pregenitales. Se trata de utilizar el material ofrecido por el niño fuera de toda teoría que pudiera ser por sí misma molesta. Sabemos que S. Freud admitió que en las fobias el analista podía tener un papel claramente activo. S. Nacht admite igualmente que en los fóbicos una intervención directa del analista en los actos de su vida propiamente dicha se puede utilizar apoyándose para ello en una forma de relación privilegiada. Cuando el enfermo manifiesta sin temor sus pulsiones libidinales en una relación transferencial positiva, el analista se puede permitir salir de su neutralidad y pedir al enfermo que venza su recelo, siendo sus demandas en este caso tomadas e interpretadas por el enfermo, como un permiso y una invitación a aceptar sus propios deseos y una seguridad de que puede hacerlo sin temor porque es libre para explicarlos y experimentarlos en su relación transferencial (S. Nacht).

Después de una encuesta entre los padres y personas que se ocupan de niños, A. T. Jersild y F. B. Holmes llegan a la conclusión de que las explicaciones dadas fuera del momento de miedo no son muy eficaces cuando son empleadas solas, y precisan que todo método que no provoque más que una asociación pasiva es poco válido en la práctica. Estos autores consideran la posibilidad de sugerir al niño el adquirir más competencia y habilidad con el fin de encontrar él mismo el medio adecuado que le permita hacer frente a la situación de temor, establecer un contacto progresivo con el fin de adquirir una experiencia activa de la situación temida, dar una explicación y una seguridad, hacer una demostración práctica de intrepidez. El método de estos dos autores se basa en una habituación gradual.

Después de los trabajos de M. C. Jones, numerosos autores han utilizado las técnicas de descondicionamiento con vistas a eliminar los miedos del niño. Estas técnicas son diversas: métodos de desensibilización sistemática, métodos de habituación gradual, métodos de imaginación emotiva, etc.

El conjunto de los terapeutas behavioristas insisten en sus discusiones sobre tres puntos, en los que fundan la ventaja de su método: duración muy corta del tratamiento, pocas o ninguna recidiva y ninguna sustitución de síntomas.

Los resultados obtenidos por los actuales partidarios de la teoría del aprendizaje han sido considerados por algunos terapeutas no behavioristas como la consecuencia de la relación transferencial o de un reforzamiento del Yo, o de la confianza subjetiva que ellos ponen en su método. A. A. Lazarus se levanta contra esta interpretación. Considera que los neobehavioristas utilizan la relación médico-enfermo como en cualquier otro tipo de terapia y que es perfectamente comprensible que tengan confianza (como todo terapeuta) en el método que han escogido. "Dado que estos métodos de descondicionamiento —dice— son aplicados en un contexto de calor terapéutico, la explicación final de nuestro éxito terapéutico debe forzosamente comprender los siguientes elementos:

- una inhibición recíproca, no específica, ligada a las relaciones entre el paciente y el terapeuta (común a todos los tipos de psicoterapia);
- una inhibición recíproca voluntaria y específica.

Considera que la psicoterapia neobehaviorista no es ni materialista, ni "centrada sobre un síntoma" a la manera de Watson, sino que se basa en un perfecto conocimiento de la dinámica social del paciente, considerado como miembro activo de la sociedad. La curación del síntoma, dice, no es un proceso estático y aislado sino tendente, en el sentido de K. Lewin, a una redistribución dinámica de las "fuerzas en presencia".

No creemos que en el tratamiento de las fobias haya que escoger entre la terapéutica psicoanalítica y la terapéutica por el método del aprendizaje. Cada caso merece un estudio particular y la elección debe ser hecha según la organización de la personalidad fóbica. En ciertos casos, en efecto, la sintomatología fóbica representa una verdadera enfermedad física y se puede, como en la histeria de conversión, curar el síntoma (que frena la actividad del sujeto volviéndole un minusválido con las consecuencias que esto implica) teniendo siempre en cuenta ulteriormente los problemas que se asientan en este tipo de personalidad que ha producido ese síntoma necesario y para la cual a veces es indispensable una ayuda.

IV. — LAS OBSESIONES

En la noción de obsesión encontramos la idea de estar asediado; en la noción de compulsión, la idea de apremio. La una y la otra no pueden ser comprendidas más que en relación a un Yo que se siente limitado en la libre utilización de la expresión de su pensamiento o de su representación o en sus actos. Pérdida de la capacidad de la libre elección, parasitismo parcial, automatización limitada o contradicción permanente, estrechamiento de sus disponibilidades; extraña limitación que no se resuelve más que en y por la actividad propia de la enfermedad, lucha que no encuentra su solución más que en este mismo desenvolvimiento, alivio transitorio pero inútil, porque su porvenir es la repetición. Estos caracteres de incoercibilidad, de lucha y de angustia, son considerados como esenciales. Consciente de sus trastornos, el obseso considera la obsesión como impuesta y mórbida, no la acepta pero la soporta. No obstante, hay personalidades obsesivas en las cuales el síntoma forma parte de un cierto modo de organización del sujeto.

K. Jaspers piensa que al hombre le es necesario un alto grado de conciencia de su propia vida para que se manifiesten las representaciones obsesivas; dicho de otra forma, no se encontrarían más que en individuos ya diferenciados, y no se observarían en el niño.

Gran número de autores admiten que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad. L. Kanner afirma que los niños son llevados raramente al médico para un tratamiento de neurosis obsesivocompulsiva, antes de la edad de 14 años. Sin embargo, autores como E. Benjamin, M. Hall, L. Berman, H. Bakwin y R. M. Bakwin, E. G. Regner, describen neurosis obsesivocompulsivas que han comenzado a una edad más precoz. Según E. J. Anthony, alrededor del 20% de todos los casos de neurosis obsesiva comienzan antes de los 15 años y del 50 al 60% antes de los 20 años.

Sobre 405 observaciones de niños de 12 años y menos, L. L. Judd destaca 34 casos etiquetados de neurosis obsesivocompulsiva, pero no retiene más que 5 que

responden al criterio de la constelación de síntomas obsesivocompulsivos bien determinados. Estos síntomas son el elemento psicopatológico más importante del cuadro clínico del enfermo. La sintomatología es lo suficientemente seria como para trabar la actividad general del niño. La edad media del comienzo de los trastornos es a los 7 años y medio.

La anamnesis en las observaciones de adultos obsesivos revela que las primeras experiencias en tanto que síntoma patológico son precoces. N. Pitres y E. Regis (1910) destacan 46 casos entre 100 en los cuales los primeros trastornos aparecen entre 5 y 15 años; P. Janet, 7 sobre 186, entre 5 y 10 años, y 29 entre los 11 y 15 años. Para G. Skoog, las neurosis obsesivas se manifiestan más temprano que muchos de los otros trastornos mentales; en su importancia estadística sobre los síndromes obsesivos del adulto, destaca que del 5 al 6% de los casos aparecen antes de la edad de los 10 años, un 10% entre los 10 y los 14 años y del 15 al 16% entre los 14 y 19 años. Actualmente parece admitirse que los trastornos obsesivos pueden desarrollarse tempranamente, pero se considera igualmente como verosímil que el verdadero síndrome obsesivo no puede sentirse subjetivamente por debajo de cierta edad y de cierto nivel de maduración mental que se puede situar alrededor de los 7 años (H. Collon, J. J. G. Prick). Para L. Michaux, en el niño las obsesiones y fobias claramente individualizadas y estructuradas son raras, porque las obsesiones del niño, toman, a menudo, el aspecto de fobias y son consideradas como aprehensiones lógicas, porque es, a menudo, muy difícil afirmar que ciertos ritos en el niño son patológicos o deducir que son transitorios, en relación a las normas educativas.

I. — SEMIOLOGÍA OBSESIVOCOMPULSIVA

La semiología obsesivocompulsiva en el niño no debe únicamente responder a una simple descripción sintomática desligada de su contexto, porque tal o cual manifestación, estereotipada o ritualizada, puede tener, considerando el momento evolutivo del niño, valor de normalidad o de anormalidad. La ritualización, por ejemplo, puede ser formativa y su ausencia denotar a veces una anomalía evolutiva.

En efecto, una ritualización compulsiva es inherente al desarrollo normal del niño. Es en la "reacción circular", con sus diversas fases descritas por J. Piaget, donde se encuentran las primicias del desarrollo de la inteligencia; al comienzo no son más que reacciones-reflejos, que se complican progresivamente por la participación del sujeto y conducen al manejo de los objetos en la construcción de un mundo de realidades. En el curso de todas sus actividades, el niño vive al mismo tiempo el placer y el displacer: placer del manejo que repite y displacer por la desaparición del objeto, con complacencia cuando lo recobra; juego que consiste en hacer caer un objeto para conseguir que sea recogido por la madre, desaparición y aparición en el mundo animista y mágico de la primera fase del desarrollo; más tarde, juego sin descanso y repetido de construcción y destrucción en el cual no se sabe dónde está el mayor gozo, en la construcción de la torre con los cubos o en el puñetazo que la hace caer. El ritual se encuentra en todas las formas de aprendizaje y en particular en la de la limpieza y la alimentación, que es rítmico en el tiempo e impuesto de una forma más o menos molesta y más o menos bien aceptado por el niño. A estos hábitos sociales que se intenta crear, el niño opone a menudo rituales que le son propios, sea de aceptación, sea de sumisión, sea de rebelión. El niño impone sus propios hábitos, que soportan mal las madres ansiosas y perfeccionistas. Desde una edad muy precoz aparecen los rituales del adormecimiento, disposiciones particulares de las ropas de la cama, imposición de ciertas actitudes maternales, objeto o animal escogido como compañero para dormirse. Numerosos hábitos que hemos descrito anteriormente forman parte del desarrollo del niño. Los ritos vespertinos que aparecen alrededor del tercer año, a pesar de su aspecto compulsivo y formalista, tienen un carácter banal. Como indican

S. Lebovici y R. Diatkine, cuando los padres son tolerantes, cuando la madre no vacila en cantar la canción, en contar el cuento esperado, en mantener la puerta de la habitación entreabierta, el niño se duerme apaciblemente y estos ritos no son duraderos en general. Por el contrario, ante la intolerancia de los padres, los niños reaccionan generalmente con exigencias cada vez mayores y que ocultan un miedo cada vez más aniquilante, mientras que los padres perfeccionistas se muestran particularmente agresivos ante el miedo del niño y las manifestaciones reactivas que determina. Pero es necesario decir también que con la actitud opuesta de complacencia ante esas pequeñas manías, respondiendo a un deseo de la madre de no negar nada al niño, se corre igualmente el riesgo de fijarlas.

Es en el periodo de latencia cuando el Yo comienza a afirmarse y a organizarse los mecanismos de defensa, cuando el niño se encuentra cara a las exigencias particulares de la sociedad (exigencias escolares, sociales, religiosas), frente a las tomas de conciencia de su personalidad y de sus deberes, y frente a una realidad que no tiene el placer como base. Es en esta época cuando se vuelven a encontrar los rituales de anteriores periodos. Es en esta época, como indica L. Michaux, cuando la duda ansiosa, la aspiración a la perfección el sentimiento de estar incompleto, van a colocarse sobre los conceptos o funciones en formación, aprendizaje, toma de conciencia del Yo (de ahí las preguntas sobre la personalidad física, mental o sobre el ambiente), amor de los padres (con dudas, escrúpulos sobre los sentimientos filiales), educación (con multiplicación de las dudas y de los escrúpulos en la escolaridad), la limpieza, el sentimiento ético o religioso, la sexualidad, el sentido de la muerte con temor sobre su porvenir o el de sus padres. Es muy corriente que en el momento de la instrucción religiosa los niños se planteen problemas sobre la cuestión del bien o del mal, sobre temas de pureza, extendiéndose del campo psíquico a la esfera corporal y acompañándose de preocupaciones sexuales, de temor al contacto con los órganos sexuales, de actividades de protección contra un ataque sexual, etc. Se pueden encontrar en este momento comportamientos compulsivos del tipo manía de lavado, ritos al acostarse, actividades de orden, de enumeración, recordatorias, necesidad de tocar objetos o abstenerse de tocarlos, repetición de una tarea encomendada, necesidad de control, etc.

Se pueden ya encontrar ciertos rasgos de personalidades obsesivas: decisiones después de un hipercontrol, meticulosidad en los actos, perfeccionismo, falta de libertad en la expresión verbal con elección precisa de la palabra, comportamiento de "pequeño adulto" (niño demasiado obediente y muy apreciado por los mayores, afectado de cierta pedantería), comportamiento escolar particular —cuadernos muy ordenados, subrayados, grafismo caracterizado por meticulosidad, micrografismo en el borde de las hojas, ilustraciones inútiles o exceso de detalles—. En el aspecto motor, el niño puede presentarse ya como un inhibido psicomotor, ya como un inestable psicomotor, no permitiéndole su ansiedad fijarse sobre los objetos o sobre los actos. Pero a veces los gestos motores se focalizan sobre ciertos tipos de actos donde toman el aspecto de tics. La forma de pensar carece de fluidez; de hecho, de una necesidad de extrema precisión, pero la producción es buena aunque a menudo lenta.

A veces son ese tipo de niños que presentan lo que se llama "cuadros de intereses circunscritos" (J. F. Robinson y L. J. Vitale), que dirigen su interés de manera persistente hacia un terreno particular (electricidad, astronomía, trenes, producción artística, etcétera), hasta el punto de que eso interfiere con su desarrollo social y en sus realizaciones en otros dominios. A veces su amor a la lectura llega a ser una verdadera obsesión. Estos intereses circunscritos parecen responder a un manejo del pensamiento dirigido hacia problemas abstractos, permitiendo así eliminar peligrosas fantasmaticaciones, pudiendo permitir la misma lectura fantasmaticar con una menor responsabilidad.

L. Bender y P. Schilder distinguen los trastornos del tipo "compulsiones" de los trastornos del tipo "impulsiones". Describen, en el cuadro de las impulsiones, niños que están sujetos a ciertas actividades, que manipulan los objetos, los coleccionan o amontonan, y niños que tienen preocupaciones de agresión, de robos, de incendios o de tipo sexual; en ese caso —a la inversa de lo que se ve en el síndrome compulsivo— el niño no considera que sus ideas son anormales, no se acompañan de reacciones ansiosas y son experimentadas a veces con una verdadera satisfacción.

Es en el curso de la pubertad o de la adolescencia cuando el síndrome obsesivo toma las características del que ha sido descrito en el adulto, con sus diversos aspectos clínicos. Las *obsesiones ideativas* que están centradas sobre la "locura de la duda" y que se caracterizan por la rumiación, las preguntas que llevan a temas metafísicos y religiosos, la vida y la muerte, el bien y el mal, la existencia de Dios, el problema de la existencia en general, el problema del porvenir y del pasado, del paso del tiempo; se trata de una dialéctica de contrarios, con alternativa en la elección o crítica de la elección ya hecha. Las *obsesiones fóbicas*, que pueden ser: fobia a objetos, a lugares y elementos, fobia a la muerte, obsesión fóbica de la suciedad y de la enfermedad claustrofobia, etc. Las *obsesiones impulsivas*, que comprenden: temor a cometer un acto absurdo, tener propósitos indecentes, pronunciar palabras profanadoras, a cometer un robo o una agresión, todo esto yendo a la par con una lucha ansiosa que llega la mayoría de veces a evitar el cumplimiento del acto; un ejemplo bastante típico de esta forma es la enfermedad de Gilles de la Tourette, o "enfermedad de los tics", que se acompaña de una actividad verbal compulsiva, de tipo coprolálico.

Si los caracteres propios de la obsesión son la presión, la lucha, la angustia y la conciencia mórbida, aquí los encontramos todos reunidos; mientras que en el niño pequeño se observa una noción de angustia y de presión, y en el niño de edad escolar, hay una noción de lucha contra el síntoma, aquí la conciencia mórbida y el subterfugio para defenderse son claros, hay una puesta en juego de todo un mecanismo de prevenciones que se convierten en verdaderos ritos; el acto o el pensamiento está previsto y el sujeto trata de no colocarse en la situación que le permitiría manifestarse, hay una reducción de actividad, aislamiento por temor a la contaminación, reducción de la lectura por temor a encontrar palabras inductoras, etc. La sintomatología obsesiva puede, a lo largo de la evolución, entrar en el cuadro de otras organizaciones sindrómicas o preceder a una desorganización psicótica o incluso ser el mecanismo defensivo contra una psicosis.

Según G. Bollea y A. Giannotti, ante la aparición de fenómenos obsesivo-compulsivos se debe pensar siempre en una base depresiva de la personalidad.

Según A. Guareschi Cazzulo y M. E. Fabiani, en la sintomatología obsesiva se pueden reconocer diversos aspectos psicopatológicos: una psicosis depresiva de fondo en la que la estructuración obsesiva tiende a enmascarse; una psicosis esquizofrénica (por incapacidad de elaboración de la posición depresiva) en la que la sintomatología obsesiva se presenta como una tentativa de curación; una depresión neurótica que constituye una tentativa de elaboración de la posición depresiva; una neurosis con defensa obsesiva estructurada rigidamente en la que la depresión no aparece porque es negada por la defensa maníaca.

Teniendo en cuenta que los síntomas obsesivo-compulsivos pueden desempeñar un papel preventivo de una desintegración de tipo psicótico, L. Berman, tras comprobaciones posteriores entre tres y cinco años, hace constar que 2 de los 6 casos, cuya edad media era de once años y medio, presentaban manifestaciones de tipo esquizofrénico.

L. Despert considera que en el niño existe una clara diferencia entre la neurosis obsesiva y la esquizofrenia. En la neurosis la ansiedad, el pánico y las construcciones fantasmáticas pueden absorber temporalmente la atención del niño y del entorno, pero su sentido de la realidad no resulta deteriorado; su capacidad de manejar conceptos abstractos no se afecta y no existe ningún otro trastorno del pensamiento. El niño neurótico vive sus contenidos mentales patológicos como extraños, cosa que no sucede con el niño psicótico. El síndrome obsesivo del niño "marginal" representa un intento de su Yo para hacer frente a las amenazas de aniquilación o de desintegración, siendo las obsesiones una tentativa para adquirir un cierto grado de seguridad a través de medios mágicos (mediante una conducta controladora y ritualista excesiva).

II. — PATOGENIA

Desde el punto de vista patogénico, la comprensión de la sintomatología obsesiva en el niño será completamente diferente si es abordada a partir de la clásica neurosis obsesiva del adulto o si se aborda en una perspectiva dinámica y genética.

Los *constitucionalistas* valoran el factor hereditario; para ellos la aparición en un cierto grado de madurez de un síndrome obsesivo infantil vendría a confirmar esta teoría. Algunos insisten sobre la herencia similar; en efecto, no debe confundirse herencia y psicopatología familiar. En efecto, en los padres se comprueban frecuentemente rasgos o características obsesivas. L. Kanner habla de "una sobredosis de perfeccionamiento en los padres". El niño aprende pronto que una adhesión estricta a lo que se le enseña está "bien" (o es "bueno") y que hacer lo contrario está "mal" (o es "malo"). P. L. Adams (1972) describe a los padres como convencionales y rígidos, poseedores de una "moralidad instrumental" y una gran ambigüedad en su comunicación con sus hijos.

Algunos hacen entrar la neurosis obsesiva en el ciclo hereditario de la esquizofrenia, pero un número bastante grande de autores introducen la obsesión en la esfera de la manía depresiva y L. Michaux se pregunta si la neurosis obsesiva no es la forma heredada, constitucional, degradada de la melancolía.

Ha sido descrita una asociación de síntomas obsesivo-compulsivos a *enfermedades orgánicas*. Se ha señalado una correlación entre trastornos obsesivos y epilepsia por un lado, y trastornos obsesivos y patología del sistema extrapiramidal, por otro. (A. Daston y cols.). En la encefalitis epidémica se comprueban dichas asociaciones, según W. Mayer-Gross. Por otra parte, se han discutido las posibles relaciones entre los tics, repeticiones compulsivas y la corea. La asociación con epilepsia ha sido descrita en el niño (G. Heuyer y cols., H. Sauguet y H. Delavey, E. Maljuf). H. Sauguet y H. Delavey se preguntan si la asociación de una neurosis obsesiva verdadera con una epilepsia es significativa o queda en los límites de la contingencia. Nos muestran que a partir de un ataque al S. N. C. puede producirse una reducción en las posibilidades de expresión con una focalización ideica y motriz iterativa, tal como la que encontramos en las actividades compulsivas de la primera infancia. Son interesantes también otros hechos, tales como los que se pueden encontrar después de traumatismos craneales o de ciertas lesiones cerebrales en las cuales el sujeto (adulto o incluso niño) reduce su campo de posibilidades de expresión a fin de no caer en una reacción de catástrofe.

La *patogenia psicodinámica* ha sido abordada especialmente por S. Lebovici y R. Diatkine, J. Sandler, y W. G. Joffe, quienes en sus estudios de las manifestaciones de

tipo obsesivo en el niño, se preocupan de las formas de organización interna de estas manifestaciones y de su valor pronóstico en relación a la cronología de su aparición en el ambiente del cuadro familiar. Según S. Lebovici y R. Diatkine, ciertas manifestaciones del primer año, a pesar de su aspecto compulsivo, son experimentadas sin angustia, se muestran pasajeras y prácticamente normales. Contemporáneos a los progresos de la motricidad y del lenguaje, los ritos precoces parecen solamente traducir las primeras estructuraciones del Yo del niño. Sin embargo, como ha mostrado M. Fries, pueden condicionarse de manera patológica a partir de ciertas relaciones con una madre ansiosa y perfeccionista; en su estudio de las fobias vespertinas, asociadas a veces a pequeños ritos del anochecer, demuestra que pueden ser consideradas como manifestaciones menores y que los síntomas desaparecen cuando los padres son tolerantes y tranquilizadores, mientras que evolucionan hacia exigencias cada vez más graves cuando los padres perfeccionistas se muestran particularmente agresivos delante del miedo del niño y de las manifestaciones reactivas que determina. Pero al lado de estos ritos normales, puede encontrarse en esta época formas sintomáticas graves de estructuras preneuróticas o prepsicóticas. En esta última el cuadro está dominado por la ansiedad profunda, la eflorescencia de fantasmas pregenitales no integrados, la ruptura permanente del contacto. Pueden encontrarse por otra parte, en la misma época, estados preneuróticos. S. Lebovici y R. Diatkine piensan que las manifestaciones de tipo obsesivo del período edípico son excepcionales. Admiten, en efecto, que los primeros rudimentos del Yo se constituyen precisamente a partir de ritos, los unos estructurantes, los otros defensivos; estos ritos pasajeros no condenan la actividad normal del niño en el sector libre de su Yo.

En el período de latencia, el Yo del niño ha establecido sus mecanismos de defensa, organizados en tanto que rasgos de carácter poco evolutivos. Las pulsiones están entonces mantenidas a distancia y los diversos mecanismos tienden a su aislamiento. Puede llegar a decirse de manera paradójica que el Yo del niño es precisamente obsesivo todo él en este período. A menudo es difícil prever el destino de los niños en los que el examen sistemático descubre pequeños signos de la serie obsesiva. En algunos casos puede tratarse de una verdadera neurosis, mientras que en otros se está solamente en presencia de rasgos de carácter un poco caricaturescos de un Yo que está en vías de estructurarse. Sin embargo, ciertos tics, ciertos trastornos del comportamiento, ciertas manifestaciones de aspecto fóbico, se integran en el cuadro de una evolución neurótica de probable tipo obsesivo.

En el adolescente, algunos escrúpulos, algunas inquietudes de tipo metafísico, igual que pequeños trastornos de la serie de la despersonalización no tienen, por sí mismos, significación patológica formal. Sólo las estructuras en las que estas manifestaciones se insertan permiten precisar su sentido. Frecuentemente estos rasgos obsesivos se presentan como eflorescencias transitorias que ceden rápidamente cuando los padres, los educadores, toman una actitud comprensiva.

La aparición de manifestaciones obsesivocompulsivas preedípias ha sido puesta en relación con un desarrollo precoz del Yo, factor que S. Freud ha considerado importante en la predisposición a la neurosis obsesiva propiamente dicha. J. Sandler y W. G. Joffe admiten que en cierto número de niños que no son ni "border-line" (marginales entre neurosis y psicosis), ni psicóticos, se pueden observar compulsiones o ritos que recuerdan a los de la neurosis obsesiva; se encuentra en este grupo de niños la existencia de experiencias traumáticas graves y que intentan hacer frente a los efectos consecutivos con una especie de "dominio por la repetición". Las mani-

festaciones obsesivas pueden también ser el resultado de la lucha del Yo para dominar y reglamentar las angustias fóbicas. Esto puede suceder igualmente en los niños cuyo narcisismo está continuamente amenazado y donde se recurre a un comportamiento obsesivocompulsivo en un esfuerzo para regularizar su autoestima en el terreno mágico.

El núcleo obsesivo es el resultado de una regresión de estructuras de la libido, con puntos de fijación pregenital y emergencia de impulsiones, deseos y fantasmas sexuales agresivos, unidos a la angustia y culpabilidad, movilizando reacciones de defensas por parte del Yo bajo la influencia del Superyo. Contra la expresión de su deseo y de la angustia que le está asociada, el obseso emplea cierto número de mecanismos de defensa, tales como el aislamiento, la anulación, la formación reactiva, la intelectualización y la racionalización. Desde este punto de vista es del que el psicoanálisis hace una distinción entre fobia y obsesión.

De una manera esquemática puede decirse, con S. Lebovici y R. Diatkine, que el sujeto afecto de obsesiones vive su angustia de una manera muy diferente al fóbico, en el que toda la angustia es desplazada y eliminada, mientras que en el obseso se mantiene a distancia, aunque siempre presiona. A pesar de todo sabemos que las transiciones entre la fobia y la obsesión son frecuentes.

III. — EVOLUCIÓN DE LAS OBSESIONES INFANTILES

En el niño no existe necesariamente una filiación directa entre los rituales precoces y la organización obsesiva, y esta organización puede presentarse como una formación reactiva en el curso del desarrollo de otros tipos de conducta.

Como indican J. Sandler y W. G. Joffe, el síntoma neurótico obsesivo puede ser transitorio. Cierta número de niños pueden presentar síntomas similares, en su forma y en su contenido, a los de la neurosis obsesiva, pero que tienen lugar durante la fase anal del desarrollo; hablando en propiedad, no son neuróticos pues aparecen en el transcurso del desarrollo progresivo y no son la consecuencia de una regresión, sino que, en cierta medida, puede tratarse de una exageración de las formas normales de funcionamientos característicos de esta fase.

Anna Freud ha mostrado las diferentes formas de comienzo de la neurosis obsesiva. Un niño de 4 años, indisciplinado y agresivo, puede desarrollar un carácter obsesivo, o una neurosis obsesiva al lado de una persona delincuente o criminal. Muchos niños que presentan al comienzo una fobia o una histeria de angustia llegan a ser más tarde verdaderos obsesivos. Muchos otros dotados de síntomas auténticamente obsesivos, tales como compulsiones de lavado, y que recuerdan desde todos los puntos de vista a los adultos obsesivos, están, sin embargo, destinados a desarrollar más tarde, no una neurosis obsesiva, sino estados esquizoides o esquizofrénicos. Según este autor, los compuestos pulsionales dominantes, tales como el sadismo anal, se encuentran más bien en el delincuente, por ejemplo, que en el obsesivo; la elección entre soluciones mórbidas contrarias depende de la interacción de estas pulsiones con las actitudes del Yo, que se transforman a medida que la maduración y el desarrollo prosiguen. Deseos de muerte, agresividad, mala fe, son tolerables a cierto nivel del desarrollo del Yo y del Superyo, pero al siguiente nivel el individuo los condena y se defiende de ellos —de ahí el cambio de rasgos delictivos en rasgos compulsivos—. O bien, en razón a la maduración del Yo, las defensas contra la angustia, basadas en el sistema de la motricidad (como la conversión somática y la huida fóbica) se transforman en mecanismos de defensa implicando pro-

cesos del pensamiento, tales como la tendencia a contar, las fórmulas mágicas, la anulación y el aislamiento. Así se explica el paso de una sintomatología histérica a una sintomatología obsesiva. Para A. Freud, en los jóvenes obsesivos, el conflicto y las compulsiones ligadas a la ambivalencia deben ser consideradas verosímilmente como signos precoces inquietantes de hendidura y de disarmonía en la estructura de la personalidad, suficientemente graves como para conducir más tarde a una desorganización francamente psicótica.

La evolución de las diversas formas obsesivas es variable. Como señala Anna Freud, el gusto exagerado por el orden y la limpieza, los rituales, los ceremoniales al acostarse, que de forma lógica tendemos a asociar con la neurosis o con un carácter obsesivo, aparecen en la mayoría de los niños en el transcurso del estadio anal, pero generalmente las manifestaciones compulsivas desaparecen sin dejar huellas a partir del momento en que las pulsiones y las posiciones del Yo adheridas a ellas son superadas. De todas formas, las manifestaciones obsesivas normales y transitorias constituyen una amenaza de patología permanente cuando, por la razón que sea, el investimento libidinal del "estadio sádico-anal" ha sido tan excesivo que queda gran cantidad de libido fijada en él. En este caso, el niño vuelve al sadismo anal, en general tras algunas experiencias amenazantes a nivel fálico. Únicamente estas regresiones con las defensas que aparecen contra ellas y las formaciones de compromiso consecuentes forman el núcleo de una patología obsesiva verdadera y durable.

D. Widlöcher destaca, con justa razón, que el estudio de las formas de comienzo de la neurosis obsesiva muestra que los actos compulsivos preceden largo tiempo a las obsesiones ideativas razonadas sin que ahí haya necesidad de justificar la existencia de esas fuerzas compulsivas. No es hasta una edad más tardía cuando el deseo de integrarlas en una lógica general de la acción obliga al enfermo a justificar de una manera racional la compulsión. Según este autor, se ve en el niño obsesivo dos líneas de desarrollo: una racional y defensiva que apresura la llegada de un sistema de operaciones lógicas conforme al desarrollo normal de la inteligencia, y la otra, neurótica, que marca la señal creciente de sistemas obsesivos cerrados que, en razón a las medidas defensivas contra el síntoma, pueden invadir ampliamente todo el pensamiento del niño. Estas dos líneas de desarrollo serían independientes la una de la otra. Así, en algunos niños, el desarrollo de un sistema racional defensivo circunscribe el campo de los síntomas, pudiendo éstos desaparecer dejando el sitio a un carácter neurótico asintomático; en otros, dominan los síntomas y originan una psiconeurosis obsesiva grave.

La entrada en la neurosis obsesiva del adulto, según S. Lebovici, y R. Diatkine, tiene lugar en unas condiciones especiales. En la mayoría de casos, se trata de niños turbulentos, desobedientes, que al llegar a la pubertad se hacen ansiosos, llenos de dudas, escrupulosos, luchan contra fantasías masturbatorias obsesivas y presentan manifestaciones fóbicas diversas: miedo a los microbios que determina el lavado compulsivo de las manos, miedo a las enfermedades, miedo a que se le detenga el corazón durante la noche. Estos autores señalan, por una parte, que el diagnóstico de una sintomatología obsesiva no implica ni el diagnóstico ni una evolución forzosa hacia una neurosis obsesiva posterior, y por otra parte, que parece que algunas de las manifestaciones obsesivas de la infancia construyen la base de la evolución psicótica posterior o parecen conducir a la estructuración de la neurosis de carácter (lo que se ha denominado la "psicopatía" del adulto) o a la estructuración de determinadas perversiones, sobre todo de tipo sexual.

Según J. Sandler y W. G. Joffe, en cierto número de casos, una neurosis obsesiva que se desarrolla en la infancia se continúa en la edad adulta, aunque hayan podido haber fluctuaciones de intensidad a lo largo del desarrollo.

IV. — TERAPÉUTICA

El tratamiento del síndrome obsesivo compulsivo es bastante decepcionante en el caso de una neurosis fuertemente estructurada. Sin embargo, el niño puede obtener beneficios de una psicoterapia de inspiración analítica y, sobre todo, en algunos casos, de una asociación quimioterapia-psicoterapia. En el caso de manifestaciones obsesivas flotantes en el niño en el curso de evolución, la psicoterapia está indicada de una forma podría decirse que profiláctica, pero debe ser asociada lo más a menudo a un tratamiento psicoterápico de los padres, junto a consejos educativos. Señalemos que la relajación con apoyo psicoterápico puede dar igualmente resultados interesantes. Las terapéuticas por descondicionamiento se patentizan como mucho más difíciles que en las fobias.

Merece utilizarse una terapéutica medicamentosa de tipo tranquilizante, o de tipo antidepresivo empleado con precauciones (tal como la proterizina, cuya acción ha sido descrita en los obsesivos adultos).

V. — LA HISTERIA EN EL NIÑO

A. — GENERALIDADES

El problema de la histeria en el adulto no ha dejado nunca de interesar a los psiquiatras; por el contrario, hay que esperar a 1873 para que aparezcan, a continuación del estudio de H. Landor, los primeros trabajos de conjunto sobre la histeria infantil. Sin embargo, en las descripciones de las epidemias de posesión o de brujería de la Edad Media (particularmente después de la gran peste) se refieren casos de participación de niños e incluso a veces el papel esencial que allí desempeñaban, como señala C. Haffter, en su estudio (1965) sobre intentos de procesos a brujas suizas en 1781 y 1789. Así sucede en las famosas epidemias demoníacas de Morzine (1864), que alcanzaban a las niñas de 12 a 13 años. Entre 1873, fecha de aparición del trabajo de H. Landor en Londres, y 1915, L. Kanner encuentra 35 monografías a este respecto. Antes de esta época, Charles Lepois (1617), Th. Willis (1670), H. Landouzy (1846) y P. Briquet (1859), habían señalado ya la existencia de una histeria infantil. El 22 de febrero de 1888, J. M. Charcot (Sesiones de los Martes de la Salpêtrière) presenta a sus alumnos un niño de 14 años que sufría crisis histéricas. Después de la Primera Guerra Mundial, se interesan mucho más por el estudio del infantilismo del adulto histérico —sobre la base de una patología de la imaginación (E. Dupré) o desde el punto de vista psicoanalítico— que en el estudio propiamente dicho de la histeria infantil. J.-D. Stucki, en una revisión de conjunto (1965), realza el poco interés que despierta este problema hasta los últimos años. Este hecho no está probablemente en relación con la disminución del número de estos accidentes; corresponde más bien a una reacción a las imprecisiones del diagnóstico de esta

afección o a la actitud antinosográfica de los "consejeros" infantiles. H. Stevens (1969) y N. L. Rock (1971) subrayan el restringido número de trabajos en la literatura.

Límites y definición de la noción de histeria

El término de histeria es extremadamente impreciso, ya que con esta denominación se designan fenómenos psicopatológicos tan diferentes como la histeria de angustia, la psicosis histérica, la personalidad histérica y la histeria de conversión. En principio, la histeria de angustia entra en el cuadro de la neurosis fóbica, la psicosis histérica es discutida, y la personalidad histérica, como veremos al final de este capítulo, no es unívoca. La histeria de conversión puede ser circunscrita a un cuadro mucho más preciso.

La definición de histeria de conversión deberá atenerse a la forma de manifestación misma y en relación con el fondo sobre el que se desarrolla.

La histeria de conversión es una manifestación somática de apariencia a menudo neurológica, pero que puede llegar a ser polisintomática por la acción del observador, provocable e influenciable por la sugestión, responde a necesidades inconscientes de desplazamiento al terreno somático, de un deseo o de una angustia reprimidos, por lo que dicha utilización somática resulta comprensible. Estos trastornos pueden desaparecer desde el punto de vista sintomático por la simple persuasión y son modificables en su fondo y en su forma por la psicoterapia.

Puede afirmarse que la histeria es el lenguaje del inconsciente que se expresa por y en el cuerpo, en la medida en que éste es visible o presente para los demás. El síntoma histérico, testimonio de un conflicto, se presenta como monólogo de expresión impasible en apariencia, pero de hecho, abre un diálogo empatizante con otro. La histeria es una llamada sin grito, una demanda sin verbalización, un holocausto sin sufrimiento aparente pero en el que el sufrimiento del otro está implicado de una forma ambivalente, y no es una de las razones menos importantes por las que los médicos se sienten asediados. El fenómeno de la somatización no basta para definir la histeria, ya que también está presente en trastornos de la personalidad como la tartamudez, por ejemplo, en los trastornos psicósomáticos e incluso en las psicosis de tipo catatónico; dicho de otra forma, el síntoma no basta para definir la histeria, que debe ser comprendida en su "contexto", tanto si se presenta en forma de síntomas de conversión, como si lo hace como una neurosis más estructurada.

Es preciso distinguir la histeria de conversión de los síndromes psicósomáticos; no obstante, en un determinado momento del desarrollo sobre todo durante los primeros años, los trastornos psicósomáticos viscerales pueden poseer el mismo valor que los síntomas histéricos (los vómitos, por ejemplo), más tarde la sintomatología psicósomática es mucho más profunda y elaborada (véase el capítulo: "Enfermedades psicósomáticas").

La histeria infantil es rara, por lo que pasa inadvertida a menudo en una primera exploración; su diagnóstico suele conseguirse más por eliminación que por conocimiento del síndrome.

B. — ESTUDIO CLÍNICO

I. — FRECUENCIA. EDAD. SEXO

Según los autores, la frecuencia es extremadamente variable y depende del medio, pediátrico o psiquiátrico.

La frecuencia de la histeria sería según L. Ljungberg, de 0,5% como máximo. E. Robins y P. O'Neal (1953) encuentran 0,05% después del examen de 51.311 historias de niños hospitalizados en el curso de 15 años 1/4. M. Bernheim y C. Kohler (1949), sobre 500 historias examinadas, encuentran 1,6% de casos de histeria. A. Hinman (1958), sobre 10.935 niños hospitalizados en 10 años y medio en un servicio de pediatría de Carolina del Norte, no encuentra más que 28 casos. Tras hacer el análisis de 22.000 historias de la Clínica de Neuropsiquiatría infantil de París, es decir, de un servicio especializado, S. A. Vaugelade (1958), después de eliminar observaciones muy incompletas o algunos diagnósticos dudosos, no retiene más que 29 observaciones, o sea 0,13%, pero admite que el porcentaje real puede ser superior. Por otra parte, P. Vivien (1944), en la misma clínica, encontraba un 0,59%. Un servicio de paidopsiquiatría está evidentemente lejos de contener todos los casos de histeria infantil, porque gran número de niños son vistos ya sea en los servicios de otra especialidad —oftalmología u otros—, ya sea en pediatría, o bien por el médico de cabecera.

La mayor parte de los autores admiten que la histeria no aparece antes de la edad de 4 años, y que los accidentes son más frecuentes a partir de los 9-10 años. S. A. Vaugelade distingue, según la edad, diferentes formas: manifestaciones menores, lábiles y reductibles frecuentes hasta los 7-8 años, que constituyen "una verdadera histeria psicológica"; manifestaciones mejor organizadas, más duraderas, raras antes de los 10 años, que constituyen la histeria propiamente dicha.

Después de un estudio anamnésico, L. Ljungberg destaca que la edad de la primera manifestación histérica se sitúa entre los 5 y los 10 años en un 1,4% de los casos, entre los 10 y 15 años en un 2,8%, entre los 15 y 20 años en un 19,3%. Después del estudio retrospectivo de 50 adultos histéricos, J. J. Purcell y cols., sitúan el principio de los trastornos entre 11 y 33 años.

Para la mayoría de los autores, la histeria es más frecuente en las niñas. En la serie de J. T. Proctor, la frecuencia es sensiblemente igual en los dos sexos. En el estudio de L. Ljungberg, se observa una prevalencia de niñas entre los 5 y 10 años y de niños entre los 10 y 15 años.

II. — LA HERENCIA Y LOS FACTORES SOCIOCULTURALES

La herencia de la histeria es discutida y discutible en el adulto; en el niño no se encuentran trabajos sobre este apartado.

Los factores socioculturales deben ser estudiados con el fin de definir el cuadro en el que se puede desarrollar la histeria. No trataremos en este párrafo más que del punto de vista epidemiológico (véase más adelante, punto de vista patogénico).

En su trabajo sobre la histeria del niño, J. T. Proctor destaca en su estadística un 13% de casos de histeria; pero entre los negros la cifra asciende a un 33%, aunque no representen más que el 10% de la población total. Este autor atribuye esta frecuencia al carácter particular del medio del cual salen estos sujetos. Todos los casos de histeria de conversión infantil que hemos podido examinar en Ginebra pertenecen a una población transplantada o emigrada. La mayoría de los autores, excepto L. Ljungberg, insisten en el predominio del origen rural de estos enfermos. En un estudio hecho parcialmente en Hawái, N. L. Rock no encuentra que los factores étnicos tengan una importancia apreciable.

III. — FACTORES DESENCADENANTES

Es sabido que J. Babinski oponiéndose a algunos autores clásicos, niega que la emoción intervenga en la génesis de las crisis histéricas. Es evidente que en general existe un intervalo libre entre el shock emocional y la crisis histérica; actúa más la emoción-conflicto que la emoción-shock. La emoción es en sí misma una expresión, pero es una expresión global que no escoge su expresividad; cuando dicha elección tiene lugar en un sujeto hiperemotivo el problema se plantea en función del terreno en el que se desarrolla la histeria; pero en este caso se trata de analizar de qué forma ha sido frenada la energía emocional y cómo la pulsión ha sido somatizada de forma más o menos localizada.

La imitación desempeña un papel seguro, pero no se trata de un simple reflejo en espejo, sino que a menudo se trata de un fenómeno más complejo de identificación o de una toma de conciencia de que el síntoma puede producir beneficios secundarios. En cuadros más amplios, puede implicar la solidaridad para con un grupo y el aislamiento en relación con grupos diferentes o antagonistas. Aunque las histerias de grupos reducidos pueden representarse bajo formas sintomáticas equivalentes, a las manifestaciones histéricas descritas en determinados países o tribus, deben distinguirse de ellas porque su finalidad es distinta; en el último caso, las manifestaciones son preparadas, ritualizadas y por así decirlo, institucionalizadas, y para comprenderlas en su profundidad debemos tener muy presente el fondo cultural en el que se desarrollan.

Epidemias de histeria infantil juvenil pueden producirse en grupos más restringidos, particularmente en las poblaciones escolares, como lo destaca L. Kanner desde hace mucho tiempo. Así, Palmer, en 1892, describe entre las jóvenes de un pueblo alemán crisis caracterizadas por movimientos desordenados, alucinaciones y delirio, y que terminan en un profundo adormecimiento. L. Hirt, en 1892, describe crisis polimorfas en los escolares de un pueblo de Silesia, que tienen lugar en el curso del período escolar y desaparecen durante las vacaciones (hecho interesante, sobre una población de 70 escolares, 20 de 38 niñas están afectadas mientras que ninguno de los 32 niños lo padeció). Observaciones equivalentes son aportadas por P. Schütte, en 1906, en Alemania, y por E. A. Schuler y V. J. Parenton en Luisiana, en el seno de una población de extracción francesa, como por J. Zappert, en 1937, en Alemania. En Francia los autores clásicos citan la epidemia de Morzine y la epidemia convulsiva de los niños del Labourd. Nuevas aportaciones han sido hechas a continuación, tales como la de L. Michaux, sobre una epidemia de histeria convulsiva en un internado profesional. En fin, la interesante publicación de Théopold, en 1955, trata de una epidemia de neuralgia de plexo braquial entre las alumnas de una escuela de niñas; la epidemia comenzó después de que la maestra, que sufría de dolores braquiales, se presentara en la escuela con un brazo vendado; hecho interesante: las niñas que antes fueron afectadas son las más jóvenes y las más brillantes de sus clases respectivas; de 33 niñas, 30 presentan una extroversión notable, 3 introvertidas presentan una forma más ligera, y sólo en ellas el afectado es el brazo izquierdo, privándolas así del beneficio de la enfermedad. Otras epidemias escolares han sido también estudiadas por G. J. Ebrahim (1968). El contagio puede ser más reducido y tener lugar en el marco familiar, a menudo por imitación de una afección presentada por uno de los padres, una hermana o un hermano. J. S. Lumio y colaboradores describen el caso muy particular de tres hermanas que presentaban sordera funcional, sufriendo dos de ellas además de trastornos visuales sobreañadidos.

L. Ljungberg (1959) ha estudiado, desde un punto de vista estadístico, el problema de la configuración familiar. Según este autor, el rango de nacimiento no desempeña ningún papel, mientras que E. Kraepelin había insistido sobre el hecho de que la histeria sobrevenía más bien entre los últimos nacidos de una descendencia, sobre todo entre los niños nacidos de uniones tardías. El riesgo de morbilidad entre los hermanos y hermanas, según que uno de los padres sea histérico o que ninguno de los dos lo sea, no varía de manera significativa. Las tasas de morbilidad del grupo madre y hermana de los que han caído enfermos a una edad precoz, es significativamente más elevada en los pacientes del sexo femenino. Según los síntomas (divididos en atasia-abasia, crisis histéricas, otros grupos), la tasa de morbilidad es significativamente más elevada en los grupos madre y hermanas de los enfermos del sexo femenino afectados de crisis histéricas. Según este mismo autor, las condiciones ambientales desfavorables (hijo ilegítimo, hijo huérfano de padre y/o

de madre, hijo de padres divorciados, hijo criado fuera de la familia, discordia entre los padres) se encuentran en un 35% de los casos, pero el análisis de los factores ambientales, según la edad de comienzo de la enfermedad (de 0 a 20; de 20 a 30 y después de los 30 años), no muestran diferencias significativas entre los diferentes grupos.

C. — FORMAS CLÍNICAS

Estudiaremos sucesivamente las manifestaciones somáticas duraderas y las manifestaciones episódicas.

I. — MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DURADERAS

1.º Los trastornos motores. — Las formas de parálisis flácida o espástica pueden ser hemiplejías, monoplejías o paraplejías. No se acompañan de modificaciones de los reflejos osteotendinosos ni del reflejo cutáneo plantar. El síndrome paralítico presenta, más raramente que en el adulto, el aspecto de un síndrome periférico. Las contracturas pueden ser en flexión o en extensión.

No son raros los trastornos posturales fijos, tales como la pseudocoxalgia, el seudomal de Pott, los torticolis.

Los trastornos del equilibrio y de la marcha son bastante frecuentes. Se caracterizan, ya por una claudicación, por una deambulación espástica y trepidante, ya por una abasia-astasia típica, comportándose el niño normalmente en la posición de acostado.

Los movimientos anormales como los temblores o movimientos coreiformes son de un aspecto caricaturesco. En los niños se encuentran a veces temblores de acción con oscilaciones amplias y desordenadas.

2.º Los trastornos sensitivos y sensoriales. — Es clásico decir que las anestias son raras en el niño, pero no es excepcional verlas aparecer después de un examen, y es fácil desencadenarlas por sugestión en niños que vienen a la consulta por otros síntomas de conversión. Numerosos autores describen los dolores y las hiperestesias, pero, a nuestro entender, estos trastornos no tienen necesariamente las características histéricas. Se presentan más bien en la forma de quejas, que entran en un cuadro psicológico más amplio, o estados de "nerviosismo" sentidos a nivel de las extremidades, que responden a menudo a la reacción de ciertos niños a la toma de determinados medicamentos, a modificaciones metabólicas próximas a la tetania o a estados subinfecciosos. Señalemos, además, trastornos de distinta patogenia, tales como las modificaciones del esquema corporal (impresiones de modificación del volumen de los miembros, impresiones de levitación) que pueden aparecer a lo largo de enfermedades infecciosas en niños emotivos.

La afectación de la esfera auditiva puede ir desde la sordera hasta una simple hipoacusia unilateral o bilateral; estos trastornos no van acompañados de modificaciones objetivas en el examen otológico.

Los trastornos de la visión pueden ser del tipo de la amaurosis, a veces parcial, pudiendo el sujeto guiarse, pero quejándose de no reconocer los objetos, imágenes o simplemente los signos gráficos. Algunos niños se quejan de micropsia o de macropsia; en el curso de estos trastornos oculares el fondo del ojo es normal, así como las

reacciones pupilares, pero se puede encontrar, como en el adulto, un estrechamiento concéntrico del campo visual.

3.º Los trastornos somatoviscerales. — Los trastornos del aparato fonatorio pueden manifestarse bajo la forma de afonía con dificultad para emitir palabras, acompañándose, aunque no haya parálisis de labios ni de lengua, de una reacción de las cuerdas vocales en inspiración; hay posibilidad de comunicarse por signos. El tic de ladrido que ha sido descrito en algunos casos individuales se da con frecuencia en las crisis de histeria colectiva. Señalemos igualmente las crisis respiratorias, ruidosas y espectaculares, así como el hipo.

Si los vómitos en escopetazo o claramente provocados forman parte de las manifestaciones histéricas, la disfagia, fenómeno bastante frecuente, aparece a menudo sobre un terreno fóbico manifiesto. La integración de la anorexia mental en el cuadro de la histeria de conversión responde, lo más a menudo, ya sea a una simplificación de la patogenia de este síndrome clínico o bien a una excesivamente amplia extensión de la noción de histeria.

4.º Otros trastornos. — Se han descrito diversos trastornos en el cuadro de esta afección, como dolores abdominales, polidipsia con poliuria, cefaleas, diversos trastornos del sueño (insomnio y somnolencia) que responden, a nuestro entender, a diversas patogenias. Los trastornos tróficos, cuando existen, son a menudo secundarios a los trastornos motores.

II. — ACCIDENTES EPISÓDICOS

El accidente más frecuente es la crisis histérica, y se manifiesta de forma variada, a veces bajo la forma de crisis generalizadas con posturas en opistótonos, otras veces bajo la forma de crisis de gesticulaciones con movimientos desordenados, gritos, crisis de llanto y actividades autoagresivas, otras veces bajo la forma de simples caídas. Las crisis toman excepcionalmente la forma del tipo jacksoniano. Cuando se las ha observado, estas crisis son fáciles de distinguir de las crisis epilépticas. Debe ponerse en guardia al clínico contra las interpretaciones apresuradas de ciertos trazados electroencefalográficos cuya perturbación corresponde a momentos madurativos del niño, porque existen ciertos tipos de desorganización fuera de la epilepsia; sin embargo, debe saberse que un verdadero epiléptico puede presentar crisis de orden neuropático. Aunque excepcionales, existen formas de pseudoausencias con ligeros trastornos de conciencia que no entran ni en el cuadro del pequeño mal ni en el de la epilepsia temporal.

Entre las manifestaciones histéricas con modificaciones del nivel de conciencia, L. Kanner describe fugas de tipo de automatismo ambulatorio eupráxico y amnésico. Describe, por otra parte, un síndrome de paralogía que se aproxima al síndrome de Ganser. Por nuestra parte hemos observado un síndrome de disolución del nivel de conciencia que comenzaba y terminaba por un hipo; en el curso de la crisis el niño presentaba una reacción onírica ansiosa de tipo terrorífico con visiones de animales; la crisis cesaba cuando el gato de la casa lamía su cara, terapéutica descubierta por casualidad y que fue utilizada por la familia hasta que hicimos desaparecer este trastorno por terapéuticas sugestivas. Pero puede igualmente existir en el niño verdaderos desdoblamientos de la personalidad. Tal era el caso de un niño que nosotros hemos tratado; sufría caídas bruscas con pérdida de conocimiento; después del

despertarse que sobrevénia con bastante rapidez, presentaba, durante varias horas, un cambio de personalidad que se caracterizaba por una regresión al estadio de bebé, acompañada del juego correspondiente a esta edad; además, no utilizaba en la conversación con sus padres el lenguaje habitual en su familia, sino su lenguaje de escolar, lleno de terminos groseros. Este trastorno, que duró un año y medio, desapareció por una simple sugestión.

No podemos abordar aquí el vasto problema del sonambulismo en el niño, automatismo ambulatorio del sueño, eupráxico y amnésico, que se acerca, desde el punto de vista patogénico, al síndrome descrito por H. Gastaut y cols., bajo el nombre de "embriaguez del sueño", o mejor de "obnubilación del despertar".

D. — ETIOPATOGENIA

I. — EL TERRENO NEUROFISIOLÓGICO

Son numerosos los estudios electroencefalográficos hechos en histéricos. En 80 niños que presentan crisis nerviosas, A. Lalisie encuentra 48 trazados perturbados y 32 trazados normales: en 24 casos el trazado de reposo era normal, la alteración consistía en una abundancia anormal a la edad del niño del ritmo theta; en otros 8 casos existían ondas lentas amplias y generalizadas o temporooocipitales simétricas; la hiperpnea producía la aparición de ráfagas de ondas lentas amplias generalizadas en 18 casos; la estimulación luminosa intermitente ha sido activa en 18 casos; las anomalías observadas cuando la estimulación luminosa intermitente consistía en general en ondas lentas y en ondas agudas, amplias, apareciendo en ráfagas cuando los ojos se cerraban, pero en 3 casos se trataba de ondas lentas y de puntas sospechosas de comicialidad. Este autor considera que la abundancia anormal del ritmo theta y una hipersincronía neuronal lenta en hiperpnea se encuentran con gran frecuencia en los niños caracteriales e inestables y pueden justificarse por una inmadurez. G. C. Lairy ha mostrado la frecuencia de parecidos trastornos a los descritos por A. Lalisie, en niños que presentan trastornos de carácter y del comportamiento, como ya habían dicho otros autores, pero igualmente en niños que representan trastornos psicomotores.

N. I. Krasnogorski considera que uno de los rasgos más típicos de la histeria es la inestabilidad al igual que las oscilaciones extremas de los efectos condicionados; señala igualmente la reactividad paradójica caracterizada por el hecho de que estímulos intensos producen débiles reflejos condicionados o no producen ninguna reacción, mientras que los estímulos débiles provocan efectos intensos. Este autor distingue dos tipos de niños histéricos: el primero se caracteriza por la debilidad no solamente de la actividad cortical, sino también de la actividad subcortical, y el segundo por un contraste entre la debilidad funcional de la corteza cerebral y una intensa actividad subcortical.

G. Lelord, estudiando los condicionamientos E. E. G., sonido-luz en 10 histéricos adolescentes y jóvenes adultos, muestra que, a la inversa de los sujetos obsesivos, los histéricos se condicionan mal y desarrollan procesos de inhibición.

Entre las modificaciones humorales, convendrá retener las aproximaciones que se han hecho entre tetania e histeria. H. P. Klotz y cols., han insistido sobre la importancia del terreno espasmofílico en los enfermos que presentan crisis neuropáticas.

II. — LA PERSONALIDAD Y EL MEDIO FAMILIAR

El nivel intelectual no desempeña un papel particular en la histeria de conversión. Se la encuentra asimismo mayormente en los sujetos de nivel normal o superior que en los sujetos de nivel bajo o limítrofe.

Como en el adulto, se han querido describir rasgos de personalidad propios del

niño histérico: la sugestionabilidad, que forma parte de la definición misma de pitiatismo de Babinski; la exaltación imaginativa, con regresión de la acción al ensueño; la expansividad teatral, con un deseo de hacerse compadecer o admirar. Se describe, por otra parte, la extremada sensibilidad de estos niños, su avidez afectiva, su insatisfacción, sus reacciones exageradas frente a las menores frustraciones. Se describe igualmente el carácter superficial de sus relaciones, las oscilaciones no motivadas del humor, las dificultades para establecer lazos emocionales normales con sus padres o bien rasgos de carácter reactivos bajo la forma de configuración agresiva masculina en las muchachas y configuración pasiva femenina en los muchachos (P. H. Starr). Entre otros trastornos, N. L. Rock señala la falta de relaciones con niños de su edad, elementos depresivos con una débil estimación propia, falta de confianza, negación de la enfermedad y una ausencia de ansiedad, y una dependencia exagerada, especialmente de la madre con temor al abandono paterno. Se trata de rasgos de la personalidad, que son frecuentes en el niño y que no necesariamente se encuentra en todos los que presentan manifestaciones de conversión.

P. Warot y P. Maurin no admiten la existencia de una personalidad estándar y distinguen dos tipos clínicos: uno que se caracteriza por accidentes ruidosos, espectaculares, influidos por el medio y que se encuentra sobre todo en los débiles ligeros, inmaduros afectivos (el test de Rorschach revela en este caso sugestionabilidad, un tipo extratensivo y a veces impulsividad), y otro que se caracteriza por accidentes menores que se dan sobre un fondo mental no patológico o en sujetos con nivel mental y test de Rorschach normales. Estos autores distinguen en el adolescente, aparte de las histerias "floridas" parecidas a las del adulto y de las histerias pobres según el modelo infantil, una forma propia del adolescente de tipo coartado o introvertido (por el Rorschach) con un coeficiente intelectual elevado. Esta última presenta difíciles problemas de diagnóstico, por ejemplo, con la anorexia mental. Hay que decir que cuanto más síntomas de expresión somática se introducen en el cuadro de la histeria de conversión, menos posibilidades se tienen de aprehender el carácter propiamente histérico de un trastorno. Se describe, en efecto, muy a menudo, con el nombre de histeria de conversión, trastornos psicósomáticos que deberían separarse de aquélla. Además, la histeria de conversión en el niño es un período de su evolución, y las características de su personalidad no pueden ser comprendidas más que en relación al Yo en desarrollo y a los mecanismos de defensa.

Todos insisten sobre la importancia del medio familiar. Según la descripción de N. L. Rock (1971) las madres son extremadamente sobreprotectoras y ansiosas, pero tienden a negar los síntomas de sus hijos. Los padres, emotivos, no interfieren la sobreprotección de la madre, aunque tampoco la apoyan; ambos progenitores presentan sus propios problemas interpersonales y utilizan los síntomas del hijo como defensa. La mayoría de los padres son conscientes de los problemas del hijo y sin embargo, "se resisten" al cambio. En un momento dado de la experiencia pasada del niño, una figura parental significativa alimentó el síntoma de conversión, sea como modelo de identificación sea por su conducta. Contrariamente a la idea que el niño se hace de sí mismo, los padres lo creen feliz.

Por nuestra parte, pensamos que la descripción de una familia no basta para explicar la "reacción" de conversión; aparece en un momento de la evolución del ambiente familiar y surge para responder a los deseos no manifestados de los padres, encontrando el niño satisfacciones en la expresión de los síntomas. La conversión, mediante la denegación, constituye la resolución de sus propios conflictos y en respuesta a los conflictos familiares. A cambio de ofrecerse en holocausto, obtiene la tranquilidad y su "bella indiferencia".

III. — FONDO Y MECANISMO DE LAS MANIFESTACIONES HISTÉRICAS

1.º *Formas de reacciones psíquicas primitivas y emocionales.* — Para E. Kretschmer, la histeria es una forma de reacción psíquica. Los síntomas histéricos se manifiestan a partir de reacciones preformadas del psiquismo instintivo profundo y se acercan a los dos tipos instintivos de comportamiento que se encuentra en el animal: la tempestad motora y el reflejo de inmovilización. La tempestad motora es una reacción instintiva de rechazo contra agentes externos desfavorables; consiste en una superproducción de movimientos sin objetivo, que nace en un estado difuso de tensión afectiva, que lleva una oscura tendencia a librarse de los agentes desfavorables y que tiene una relativa finalidad biológica: la tempestad motora utiliza las vías más antiguas desde el punto de vista ontogenético. La reacción de inmovilización tiene parentesco con los fenómenos catalépticos e hipnóticos. Hay un tercer grupo de manifestaciones histéricas que tienen un menor interés biológico general; el enfermo, en este caso, utiliza elementos circunstanciales, como la conservación de síntomas de una enfermedad en vías de curación; aquí la tendencia al rechazo o a la huida ante situaciones vitales amenazantes utiliza el material que las circunstancias individuales ofrecen al enfermo. Según esta teoría, no se puede hablar del carácter histérico; la predisposición a reacciones histéricas encuentra sus raíces en los mecanismos instintivos comunes a todos los hombres. La aparición del accidente histérico depende ya de agentes externos y de situaciones vitales, ya de disposiciones internas. Los caracteres histéricos aparecen como formaciones secundarias, de sobrecompensaciones en el sentido de A. Adler, buscando ocultar los defectos parciales con la ayuda de aparatos lábiles y fácilmente utilizables. Lo que caracteriza a la histeria, según A. Hesnard, es la expresión de las aspiraciones más triviales bajo una forma más o menos impresionante. La histeria consiste en la expresión misma, pero la expresión no es más que la exteriorización de la emoción. El autor piensa que los mismos mecanismos fundamentales y el mismo substrato psicofisiológico maneja a la histeria y a las otras neurosis; con la diferencia de que la histeria utiliza más el sistema nervioso de relación y las otras neurosis el sistema psiconeurovegetativo. Las neurosis serían impresionistas mientras que la histeria es expresionista.

2.º *Simulación y mitomanía.* — A partir de los trabajos de J. Babinski, algunos de sus seguidores llegaron a negar la histeria; siendo la histeria un engaño, bastaba en efecto negar su realidad. Pero no se ha demostrado que la histeria sea simulación de igual modo que un clínico o un hombre normal puedan simular en sí mismos los fenómenos histéricos; estos fenómenos no son solamente síntomas, sino que responden para el enfermo a una necesidad de expresión; implican así un cambio del modo de vida en el cual la expresión sintomática no es más que una parte. No decimos que un artista teatral simule la vida, sino que trabaja en la obra. El histérico hace más que representar la enfermedad, la vive transfigurándola; puede ser que haya escogido el síntoma, pero vive su enfermedad en una "bella indiferencia", pero la ofrece y se la ofrece modificándola a fin de mejor negar su origen real. Lo que es anormal es menos el signo que el significado.

La escuela de E. Dupré no considera la histeria como una simple simulación, sino como un engaño inconsciente y materializado en los diversos aspectos patomímicos. La sugestionabilidad histérica debe estar así relacionada con la patología de la imaginación porque la histeria, escriben E. Dupré y B. J. Logre, es la mitomanía de los sín-

tomas. Según esta teoría, la histeria aparece en una constitución mitomaniaca, pero a diferencia del mitómano que "fabula con su espíritu", el histérico "fabula con su cuerpo". La noción de mitomanía es demasiado extensa, sobre todo en el niño.

De hecho, el engaño forma parte de la evolución del niño. En éste, como en el hombre primitivo, el lenguaje tiene un valor mágico, encantador. El niño que afirma una cosa experimenta el sentimiento de que ha llegado a ser una realidad, es la "creencia asegurativa" de P. Janet; todavía más tarde, la elección entre la verdad y la mentira no sabría hacerse más que en beneficio de la conducta más inmediatamente ventajosa (J. M. Sutter). Según Laroche, pasados los tres años se hace el aprendizaje de la mentira, cuya consecución es de una importancia determinante en la evolución psicológica. Ante todo se utiliza de forma lúdica, y no tiene otro valor que el de una oposición al adulto, sin que el niño de ningún modo le atribuya el poder de convencer; pero un día el niño se da cuenta de que su mentira "prende" y descubre que el adulto que cree en su mentira no conoce su pensamiento. A partir de ese momento, dice este autor, se transforman las relaciones del niño con su medio ambiente. La mentira le vuelve como una verdad, en efecto, puesto que sale de la boca de sus padres. La represión llega a ser posible identificándose el niño con el adulto que cree su mentira. La mentira más tarde puede ser utilizada como un mecanismo de denegación: "es posible hacer creer a las personas que lo imaginario es verdadero; es, pues, posible que hechos reales cuyo recuerdo me atormenta sean imaginarios" (O. Fenichel). Pero también hay en el acto de la mentira un mecanismo de reasegurarse, de poder o de culpabilidad; el monólogo del mitómano es entonces, para el niño: "tiro una carta, es decir, una posibilidad; si se me acepta es que verosíblemente puedo continuar; por otra parte, si nadie protesta, puede ser porque la carta era la buena; en el fondo toda carta puede ser buena, todo es posible; tal significado que yo acabo de darme a mí mismo es, pues, posible" (M. Neyraut).

El histérico no es el único que habla con su cuerpo, igual hace el paciente psicosomático, como indica P. C. Racamier: "Los dos resuelven los conflictos por vía corporal, los dos obtienen el beneficio secundario de la enfermedad", pero el trastorno histérico es la expresión del conflicto, y el trastorno psicosomático es consecuencia somática de los afectos o de las pulsiones reprimidas. "Su cuerpo es para el histérico un *instrumento*, y para el enfermo psicosomático es una *víctima*; si el primero habla con su carne, el otro sufre en su carne."

3.º *Teorías psicodinámicas.* — Es necesario saber por qué el sujeto se explica por medio de su cuerpo. En la imposibilidad de "escapar de ello" el histérico encuentra en el soma una vía sin salida, vía sobre la cual se detiene y se fija, relegando así las complicaciones que es incapaz de resolver. El síntoma es un apaciguamiento, y en tanto que manifestación, el sujeto encuentra en él una complacencia, pero es al mismo tiempo un grito de alarma reclamando una salida, un diálogo con el otro, un otro al mismo tiempo cómplice que actúe de una forma mágica. Se trata, pues, de una forma económica de compromiso.

La mayor parte de los trabajos recientes de inspiración psicoanalítica nos muestran el aspecto quebradizo de las teorías explicativas. P. H. Starr, pasando revista a los criterios psicopatológicos sobre los que debe fundarse el diagnóstico de histeria en el niño, distingue:

- los síntomas actuales, es decir, las manifestaciones de conversión somática, las fobias y las perturbaciones del nivel de conciencia;
- el contenido de los conflictos emocionales y de los fantasmas, que se coloca desde el punto de vista de la agresividad o de la libido (angustia de castración o de violación, marcados intereses genitales, aunque reprimidos);
- la relación objetual: acentuación del conflicto edipiano y las identificaciones típicamente perturbadas;

— el desarrollo psicosexual, caracterizado en el niño por un renunciamiento total bajo el dominio del miedo;

— la configuración del Yo con el carácter invertido (pasivo femenino en el hombre, agresivo masculino en la mujer), la erotización de todas las relaciones no sexuales, la dramatización y la teatralización.

Si algunos autores reconocen como histéricas algunas manifestaciones que sobrevienen en la época de resolución del complejo de Edipo, para otros, como indica J. T. Proctor, hay ciertas indicaciones de que una gran parte del material edipiano que se encuentra en la histeria es en realidad un deseo oral-receptivo e incorporativo y que la sexualidad del histérico, es una añagaza en la que se explica un deseo pregenital oral-receptivo más bien que un deseo genital. Este autor discute, además, los problemas que conllevan los trastornos descritos como histéricos a una edad muy precoz (así el caso de parálisis funcional de un brazo en un niño de 18 meses, revelado por Anna Freud) o los fenómenos convulsivos del primer año descritos por D. W. Winnicott. Parece, dice Proctor, que hay en todo el primer período de la infancia (antes del año) un mecanismo de descarga primitivo en las esferas somáticas que parece idéntico a la histeria desde el punto de vista descriptivo, pero que no es histérico en un sentido topológico dinámico, tal como consideramos habitualmente la histeria, porque en este primer período de la infancia, apenas hay distinciones entre el Ello y el Yo y prácticamente no hay distinción entre el Yo y el cuerpo o soma. Los síntomas, en este caso, parecen ser esencialmente mecanismos psíquicos y psicobiológicos constitucionales utilizados por el aparato psíquico primitivo inmaduro, en el cual el Yo y el Ello están todavía indiferenciados. Parece que una verdadera neurosis no comienza antes de la fase de latencia y consolidación del Superyo.

Algunos psicoanalistas (D. Rueff), en sus estudios longitudinales, se preocupan mucho más de estudiar las modificaciones de la sintomatología llamada histérica en el curso de la evolución, que a trazar los límites de la histeria. Como dice S. Freud, es frecuente que los mismos síntomas tomen sucesivamente significados diversos y que el enfermo, en los distintos períodos de su vida, después de diferentes conflictos, recurra a los mismos síntomas.

IV. — PROBLEMAS QUE IMPLICA LA ELECCIÓN DEL SÍNTOMA

La elección del síntoma ha sido vista desde el aspecto ya sea de "una espina" orgánica ("meiopragia de llamada", de L. Michaux), sea de un proceso de imitación, sea de un recurso a una enfermedad anteriormente existente, sea de un simbolismo, cuya criptografía ha de tratarse de descifrar.

Un problema interesante es igualmente el de la *persistencia del componente somático* o de los mecanismos de su repetición. Se trata de lo que se ha llamado "hábito histérico", del cual, según E. Kretschmer, los mecanismos son los siguientes:

- Una reacción instintiva determinada, una actitud motriz determinada y un síntoma patológico cualquiera que tiene como consecuencia la creación de un aparato o sistema que se podría llamar "circunstancial".
- Este aparato se utiliza con un fin determinado, teniendo ya en sí mismo, este sistema, una independencia frente a la voluntad.
- El funcionamiento de este aparato circunstancial llega a ser cada vez más fácil, simple y automático.

— Por motivo de la facilitación, el aparato acaba por emanciparse de la voluntad y, en último término, se opone a la voluntad. En algunos casos los impulsos voluntarios pueden reforzar el reflejo.

Los defensores de la moderna teoría del aprendizaje dan una gran importancia a este hábito. A propósito de un caso de afonía histérica crónica, D. Walton y D. A. Black admiten que la afonía desarrollada ante todo como una respuesta condicionada de evitación, se refuerza porque satisface un deseo. La afonía llega a ser un fuerte hábito que existe por sí mismo, independiente por completo de la situación ansiógena. Según ellos, el síndrome neurótico encontrado en su caso debería ser considerado como secundario, siendo el resultado del hábito y no la causa. Es el hábito el que es primario.

E. — EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Según N. L. Rock cuanto más precozmente se establezca el diagnóstico más fácil será impedir una incapacidad física permanente y una psicopatología grave. Los principales aspectos a tener en cuenta en el tratamiento de las reacciones de conversión en la infancia son: un mínimo número de exámenes complementarios (riesgo yatrogénico) evitar centrarse exclusivamente en el síntoma, suprimir lo más rápidamente posible el síntoma, y proseguir la asistencia posteriormente al niño y a la familia.

Algunos autores admiten que la histeria del niño no se continúa apenas en la edad adulta. L. Ljungberg admite que el pronóstico es tanto mejor cuanto más joven es el sujeto. En general, la sintomatología histérica puede ser curada por la hospitalización o por una terapéutica adecuada. En el estudio de E. Robins y P. O'Neal, sobre 27 sujetos examinados entre 2 y 17 años después del comienzo de sus trastornos, 4 seguían histéricos. Es poco más o menos la proporción encontrada por L. Ljungberg. Según D. Rueff, colocados en su perspectiva evolutiva, los síntomas histéricos del niño se revisten de un valor muy distinto siguiendo las posibilidades de transformación en el adulto, en neurosis histérica de carácter o desequilibrio de la conducta, en neurosis obsesiva auténtica o en obsesionalización de defensa, en organización psicótica, del tipo carácter psicótico, más bien que psicosis confirmada. En esta "patología de fronteras" que es la histeria infantil, nada, dice el autor, se da por completamente acabado. E. Robins y P. O'Neal no encuentran ningún esquizofrénico entre sus enfermos.

Las *terapéuticas* son extremadamente variadas y deben ser escogidas en relación al síntoma y a la personalidad del sujeto que lo padece. El aislamiento, modificando las formas de relaciones interpersonales y reduciendo los beneficios secundarios, a veces, es suficiente para hacer desaparecer el síntoma. La sugestión ya sea verbal, ya sea con amital sódico, o la sugestión con anfetamina intravenosa dan excelentes resultados. Los métodos de descondicionamiento utilizados por la escuela anglosajona de aprendizaje merecen ser aplicados en casos de larga duración donde existe un hábito histérico. Si creemos, con la escuela behaviorista, que la desaparición del síntoma es indispensable y que esta desaparición no tiene necesariamente como consecuencia un desplazamiento de síntomas, nos parece, sin embargo, indispensable abordar a estos niños sobre el plano de la investigación psicológica e inclinarse al menos sobre sus problemas del momento. El tratamiento psicoterápico deberá ser

aplicado en un cierto número de casos y sus indicaciones las precisa S. Lebovici y otros: histeria con disposición mitomaniaca, hipocondríaca, erótica o perversa; para estos autores los accidentes pitiáticos ordinarios curan por medios más simples. Las formas llamadas caracteriales más graves ofrecen las menores posibilidades a los medios terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

Se encontrarán las referencias psicoanalíticas fundamentales en la bibliografía del capítulo II;

Generalidades

- Anthony, E. J. — Psychoneurotic disorders, 1387-1406. En *Comprehensive textbook of psychiatry*; Freedman, A. M., y Kaplan, H. I., eds; Williams et Wilkins Co, Baltimore, 1967.
- Eysenck, H. J. — Théorie moderne de l'apprentissage; en *Conditionnement et névroses*. Trabajos reunidos por H. J. Eysenck, traducidos por Maryse y Étienne Choppy. Gauthier-Villars Paris, 1962, 57-62.
- Freud, A. — *Le moi et les mécanismes de défense*. P.U.F., 1949, París.
- Freud, A. — *Le traitement psychanalytique des enfants*. P.U.F., París, 1951.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant* (Estimations du développement). Gallimard, 1968, París, Original: International Universities Press Inc., 1965.
- Glover, E. — *On the early developmental of mind* (Selected papers on psychoanalysis. Vol. I). International Universities Press, Nueva York, 1956.
- Greenacre, P. — *Affective disorders: psychoanalytic contribution to their study*. International Universities Press, Nueva York, 1953.
- Hartmann, H. — Problems of infantile neurosis. *Psychoanal. Stud. Child*, 1954, 9, 31-36.
- Jackson, B. — The revised diagnostic and statistical manual of the American psychiatric association. *Amer. J. Psychiat.*, 1970, 127, 65-73.
- Klein, M. — *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., París, 1959.
- Krasnogorski, N. I. — *El cerebro infantil*. 318 págs. Edit. López y Etchegoyen, Buenos Aires, 1953.
- Kriss, E., y cols. — Problems of infantile neurosis. A discussion. *Psychoanal. Stud. Child*, 1954, 9, 16-71.
- Lebovici, S., y Braunschweig, D. — A propos de la névrose infantile. *Psychiat. Infant*, 1967, 10/1, 41-123.
- Lebovici, S., y Diatkine, R. — A propos de la notion des troubles réactionnels. *Psychiat. Infant*, 1968, 11, 523-531.
- Male, P. — Les névroses infantiles. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1966, 14, 643-649.
- Nagera, H. — *Early childhood disturbances, the infantile neuroses and the adulthood disturbances*. International Universities Press, Nueva York, 1966 (Trad. franc., P.U.F., París, 1969).
- Prego-Silva, L. E., y cols. — *Neurosis en la infancia*. Oficina del libro. AEM, Montevideo, 1969.
- Rivière, J. — Sur la genèse du conflit psychique dans la toute première enfance; en *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., París, 1966.
- Rognant, J. — Les thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Milán, 1970. Masson et C^{ie}, París, 1970.
- Rollins, N. — *Child psychiatry in the Soviet Union. Preliminary observations*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1972.
- Rutter, M. — La classification en psychiatrie infantile. *Psychiat. Infant*, 1968, 11, 551-570.
- Rutter, M. L. — Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiat. Scand.*, 1972, 48, 3-21.
- Smirnoff, V. — *La psychanalyse de l'enfant*. P.U.F., París, 1966.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, París, 1969.
- Wolpe, J. — *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Oxford Univ. Press, Londres, 1958.
- *
* *
- Nomenclature internationale des maladies*. O.M.S., Ginebra, 1948.
- Symposium 1954, Problems of infantile neurosis. *Psychoanalytic study of the child*, 1954,

- 9/9-71 (A. Freud, P. Greenacre, H. Hartmann, R. Spitz, etc.).
- Atti II Congresso Nazionale di Neuropsichiatria Infantile, vol. 2, Simposia sulle psiconevrosi infantili, *Pisa. Quaderni di infanzia anormale*, 1966, 8.
- American psychiatric association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2.^a ed., Washington, 1968.
- Ansiedad*
- Baptistete, E. — *Medo permanente manifestação clínica da epilepsia*. Trabalho dactylographié, 201 p., São Paulo, 1969.
- Bartoleschi, B. — Le crisi d'ansia acuta nell'età evolutiva. *Infanz. anorm.*, 1961, 44, Nuova Serie, 455-470.
- Beverly, B. I. — Anxieties in Children. *Am. J. Dis. Child*, 1942, 64/4, 585-593.
- Binet, A. — La peur chez les enfants. *Année Psychol.*, 1895, 223-254.
- Bolin, B. J. — An investigation of relationship between birth-duration and childhood anxieties. *J. Ment. Sci.*, 1959, 105/441, 1045-1052.
- Boutonnier, J. — *L'angoisse*. P.U.F., Paris, 1945.
- Bowlby, J. — Separation anxiety: A critical Review of the Literature. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1961, 1/4, 251-269. Traducción francesa: L'angoisse de la séparation. Revue critique des articles la concernant. *Psychiat. Infant*, 1962, 5/1, 317-337.
- Bowlby, J. — *Attachment and loss*, vol. I. Hogarth Press, Londres, 1969.
- Brody, S., y Axelrad, S. — Anxiety, socialization, and ego formation in infancy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1966, 47/2-3, 218-229.
- Bronson, G. — The development of fear in man and other animals, *Child Develop.*, 1968, 39, 409-431.
- Despert, J. L. — Anxiety, phobias and fears in young children. With special reference to prenatal, natal and neonatal factors. *Nerv. Child*, 1946, 5, 8-24.
- Ebtinger, R., y Sichel, J.-P. — L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. psychiat.*, 1971, 7, 81-101.
- English, O. S., y Pearson, G. H. J. — *Common neuroses of children and adults*. Nueva York, Norton, 1937.
- Foss, B. M. ed. — *Determinants of infant behaviour*, IV. Methuen, Londres, 1969.

- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968. Ed. original: Int. Univ. Press, 1965.
- Greenacre, P. — The predisposition to anxiety. *Psychoanal. Quart.*, 1941, 10/66-94, 610-638.
- Hadji-Dimo, A. — Les racines ontogéniques de l'angoisse. *Encéphale* (Atenas), 1950, 2-3, 167-200.
- Heimann, P. — Notes sur la théorie des pulsions de vie et des pulsions de mort; en *Développement de la Psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966.
- Jones, E. — The early development of female sexuality; en *Papers on psycho-analysis*. Baillière, Londres, 1927. 5th ed., 1948.
- Kanner, L. — Hypochondriasis, 598-607. En *Child Psychiatry*. 4^a ed. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill., 1972.
- Klein, M. — On the theory of anxiety and guilt; en *Developments in psycho-analysis*, by Klein y cols., Hogarth, Londres, 1952, Trad. fr. P.U.F., 1966.
- Kubie, L. — La ontogenesis de la ansiedad. *The Psychoanalytic Rev.*, 1941, 28, 78.
- Langford, W. S. — Anxiety attacks in children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1937, 5, 8-24.
- Malrieux, P. — Les émotions et la personnalité de l'enfant. *Thèse Paris*, 1952, Vrin, edit.
- Rank, O. — *Le traumatisme à la naissance*. (Trad. Jankélévitch). Paris, Payot, 1928.
- Ribble, M. — Anxiety in infants and its desorganization effects; en *Modern trends in child psychiatry*. Dir. por Nolan Lewis y B. Pacella. 3.^a Ed. Intern. Univ. Press, 1950.
- Rodriguez Tomé, H., y Zlotowicz, M. — Peurs et angoisse dans l'enfance et l'adolescence. *Enfance*, 1972, 3-4, Numéro especial.
- Rognant, J. — Les thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Milan*, 1970. Masson et Cie, ed., Paris, 1970.
- Sarason, S. B. — The measurement of anxiety in children: some questions and problems, 63-80. En *Anxiety and behavior*; Spielberger, C. D., ed.; Academic Press, Nueva York, 1966.
- Spielberger, C. D. — Theory and research on anxiety, 3-20. En *Anxiety and behavior*; Spielberger, C. D., ed.; Academic Press, Nueva York, 1966.
- Spitz, R. A. — Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first year of life. *Int. J. Psychoanal.*, 1950, 31, 138-143.

- Wallon, H. — *Évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin, Paris, 1947.
- Watson, J. B., y Rayner, R. — Studies in infant psychology. *Sci. Mon.*, N. Y., 1921.
- Zlotowicz, M. — Origines et perspectives de quelques recherches sur l'anxiété. *Enfance*, 1970, 2, 113-171.
- Zlotowicz, M. — Essai d'interprétation des peurs enfantines. *Bull. Psychol.*, 1971-1972, 296, 336-343.
- *
* *
- Symposium de l'Association mondiale de Psychiatrie*, Londres, 1967.
- Nervous Child*, 5/1, 1946. Anxiety and fear disturbances in young children.
- Las fobias*
- Abramovitz, A. — The treatment of children's phobias. A review and evaluation. *Med. Proc.*, 1963, 9/19, 395-401.
- Berez, J. M. — Phobias of childhood. Etiology and treatment. *Psychol. Bull.*, 1968, 70, 6, 694-720.
- Colm, H. N. — Phobias in children. *Psychoanalysis and Psychoanalyt. Rev.*, 1959, 46, 65-84.
- Despert, J. L. — Dreams in children of pre-school age. *Psychoanal. stud. child*, 1949, 3-4, 141-180.
- Diatkine, R., Simon, J. — Étude nosologique, à propos de trois cas de phobias chez des adolescentes. *Psychiat. Infant*, 1966, 9/2, 289-339.
- Dixon, J. J., Monchaux, C. de, y Sandler, J. — Patterns of anxiety: The phobias. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1957, 30, 34.
- Eysenck, H. J., edit. — *Behaviour therapy and the neuroses*. Londres, Pergamon Press, 1960.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. Gallimard, Paris, 1968. (Libro original: International Univ. Press, 1965).
- Freud, S. — *Inhibition, symptôme, angoisse*. P.U.F., Paris, 1951.
- Haynal, A., Schappi, R., y Burgermeister, J. J. — Les phobias et leur traitement: quelques considérations comparatives des points de vue psychanalytique, behavioriste et hypnothérapique.
- Hesnard, A. — *Les phobias et la névrose phobique*. Payot, ed., Paris, 1961.

- Jersild, A., y Holmes, F. B. — Methods of overcoming children's fears. *J. Psychol.*, 1935, 1, 75-104.
- Jones, M. C. — Elimination of children's fears. *J. Exp. Psychol.*, 1924, 7, 382-390.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., y Rivière, J. — *Développements de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966 (original: Hogarth Press Ltd, Londres, 1952.)
- Lazarus, A. A., y Abramovitz, A. — The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. *J. Ment. Sci.*, 1962, 108/453, 191-196.
- Mallet, J. — *Contribution à l'étude des phobias*. 18^e Conférence des Psychanalystes. P.U.F., Paris, 1955.
- Morris, D. — *Le singe nu*. Grasset, éd., Paris, 1968.
- Nacht, S. — Particularité technique du traitement des phobiques. *Rev. franç. Psychanal.*, 1964, 28, 717-720.
- Rachman, S., y Costello, C. G. — The aetiology and treatment of children's phobias: A review. *Am. J. Psychiat.*, 1961, 118, 97-105.
- Rognant, J. — Les thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Milan*, 1970. Masson et Cie éd., Paris, 1970.
- Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Waite, R. R., y Ruebush, B. K. — *Anxiety in elementary school children*, 1960, Nueva York: John Wiley and Sons.
- Shentoub, V., y Basselier, M.-J. — Problème du diagnostic structural dans les états phobico-obsessionnels de l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1963, 11, 311-320.
- Spitz, R. A. — Anxiety in infancy: a study of its manifestations in the first year of life. *Int. J. Psychoanal.*, 1950, 31/1-2, 138-143.
- Widlöcher, D. — L'angoisse infantile précoce. *Rev. Neuropsychiat. infant.*; suppl. Pédo-psychiatrie, 1966, 117-120.
- Winker, J. B. — Age trends and sex differences in the wishes, identifications, activities and fears of children. *Child Developm.*, 1949, 20, 191-200.
- Obsesiones
- Adams, P. L. — Family characteristics of obsessive children. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128, 11, 1414-1417.

- Bender, L., y Schilder, P. — Impulsions, specific disorder in children. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1940, 44, 990-1005.
- Berman, L. — Obsessive compulsive neurosis in children. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1942, 95, 26-39.
- Bertucelli, L., y Schiller, E. — Le neurosi fobico-ossessive nell'età evolutiva. *Infanz. anorm.*, 1964, 56, 9-54.
- Bollea, G., y Giannotti, A. — Depressione e reazioni ossivo-compulsive. *Neuropsichiatria infant.*, 1972, 130-131, 178-186.
- Cabaleiro Goas, M., y cols. — El síndrome obsesivo de etiología epiléptica en niños y pre-adolescentes. *Arch. de Neurobiología*, 1969, 32, 521-534.
- Collon, H. — Approche épistémologique du syndrome compulsif. *Acta Neurol. Psychiat. belg.*, 1960, 60, 871-880.
- Despert, L. J. — Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children; en *Psychopathology of Childhood*, 240-259. P. H. Hoch y J. Zubin, ed., Nueva York, Grune and Stratton Inc., 1955.
- Fedor-Freiberg, P., y Dobrotka, G. — Zur Problematik obsessiver Entwicklungen und Zustände in der Kindheit. *Acta Paedopsychiat.*, 1964, 31/10, 346-355.
- Freud, S. — La prédisposition à la névrose obsessionnelle, 1913. (Trad. E. Pichon y H. Hoesli); en *Rev. franç. Psychanal.*, 1929, 111, 437-447.
- Garmany, G. — Obsessional states in epileptics. *J. Ment. Sci.*, 1947, 93, 392, 639-643.
- Gaston, A., Reda, G. C., y Ciani, N. — Le ossessioni nella patologia cerebrale. *Neuropsichiatria*, 1969, 23, 629-680.
- Guareschi Cazzullo, A., y Fabiani, M. E. — Il ruolo della depressione nella dinamica dei disturbi ossessivi nell'infanzia. *Neuropsichiatria infant.*, 1972, 130-131, 187-197.
- Hall, M. B. — Obsessive Compulsive states in childhood: Their treatment. *Arch. Dis Child.*, 1935, 10, 49-59.
- Judd, L. — Obsessive compulsive neurosis in children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1865, 12, 136-143.
- Kanner. — *Child Psychiatry*. 4.^a ed. C. C. Thomas, Springfield, Illinois, 1972.
- Lebovici, S., y Diatkine, R. — Les obsessions chez l'enfant. *Rev. franç. Psychanal.*, 1957, 21/5, 647-681.
- Michaux, L. — Étude clinique de la névrose obsessionnelle de l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1957, 9-10, 467-493.
- Misès, R. — Les obsessions chez l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1958, 1/2, 513-522.
- Pitres, N., y Regis, E. — *Les obsessions et les impulsions*. 1910.
- Prick, J. J. G. — Phénomènes obsessionnels du point de vue des psychologies générale et génétique, également en considération de leur aspect biologique. *Fol. psychiat. néerl.*, 1952, 55, 233.
- Regnér, E. G. — Obsessive compulsive neuroses in children. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*, 1959, 34, 110-125.
- Robinson, J. F., y Vitale, L. J. — Children with circumscribed interest patterns. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1954, 24, 755-766.
- Sandler, J., y Joffe, W. G. — Notes on obsessional manifestations in children. *Psychoanal. stud. child*, 1965, 20, 425-438.
- Sauguet, H., y Delaveleye, R. — Les comportements psychologiques des enfants et des adolescents épileptiques. *Psychiat. Infant.*, 1958, 1/2, 261-334.
- Schilder, P. — Organic background of obsessions and compulsions. *Am. J. Psychiat.*, 1938, 94, 1397.
- Serrate, A. — El síndrome obsesivo en la infancia. *Arch. de Neurobiol.*, 1964, 27, 214-218.
- Skoog, G. — Onset of anancastic conditions. *Acta Psychiat. Scand.*, 1965, suppl. 184 y vol. 41, 10-14.
- Widlöcher, D. — Le développement de la pensée obsessionnelle chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*; suppl. Pédopsychiatrie, 1967, 9-13.

Hysteria

- Ajuriaguerra, J. de. — Le problème de l'hystérie. *Encéphale*, 1951, 60/1, 50-87.
- Bernheim, M., y Kohler, C. — L'hystérie et les accidents pithiatiques chez l'enfant. *Pédiatrie*, 1949, 4, 42.
- Corradini, E. — Un caso di patomimia. *Riv. sperim. di Freniatria*, 1962, 86/4, 1017-1038.
- Ebrahim, G. J. — Mass hysteria in school children: notes on three outbreaks in East Africa. *Clin. Ped.*, 1968, 7, 437-438.
- Faigel, H. C. — The wondering womb: mass hysteria in school girls. *Clin. Ped.*, 1968, 7, 377-378.
- Forbis, O. L. Jr., y Janes, R. H. Jr. — Hysteria in childhood. *Southern. Med. J.*, 1965, 58, 1221-1225.

- Freud, A. — An hysterical symptom in a child of two and three months. *Int. J. Psychoanal.*, 1926, 7, 227.
- Gastaut, H., Batini, C., Fressy, J., Broughton, R., Tassinari, C. A., y Vittini, F. — Étude électroencéphalographique des phénomènes épileptiques au cours du sommeil, 239-254. En *Le sommeil de nuit normal et pathologique*. Masson et Cie, ed., Paris, 1965.
- Gauthier, Y. — Un service de consultations en milieu pédiatrique. Contribution à l'étude des réactions de conversion. *Laval médical*, 1966, 37, 114-121.
- Haffter, C. von. — Kinder als Zeugen in Hexenprozessen. *Acta Paedopsychiat.*, 1965, 32, 57-66.
- Hesnard, A. — L'hystérie, névrose d'expression. *Evol. psychiat.*, 1936, 2, 17.
- Hinman, A. — Conversion hysteria in childhood. *Am. J. Dis. Child.*, 1958, 95, 42-45.
- Kaufmann, I. — Conversion hysteria in latency. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1962, 1, 385.
- Klotz, H. P., Borenstein, y Ribierre. — Contribution à l'étude pathogénique des crises névropathiques. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, 25/15.
- Krasnogorski, N. I. — Méthode d'étude des réflexes conditionnés chez les enfants. *La Raison*, 1955, 9-10.
- Kraulis, W., 1931; en Ljunberg (véase más adelante).
- Lairy, G. C. — EEG et neuropsychiatrie infantile. *Psychiat. Infant.*, 1961, 3/2, 525-608.
- Lalisse, A. — Les facteurs de localisation dans les processus psychosomatiques de l'enfance. *Thèse Paris*, 1953.
- Lalisse, A. — Étude E.E.G. de la névrose hystérique chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1959, 7, 236-242.
- Launay, C., y Col, C. — L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. Prat.*, 1964, 14/11, 1473-1480.
- Laroche, J. — Les idées délirantes de l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1961, 4/1, 1-64.
- Laybourne, P. C., Churchill, S. W. — Symptom discouragement in treating hysterical reactions of childhood. *Int. J. Child Psychother.*, 1972, 1, 111-123.
- Lebovici, S. — Hystérie et psychose infantile. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1959, 7, 5/6, 218-220.
- Lindberg, B. L. — Psycho-infantilism. *Acta psychiat. neurol.*, suppl. 61, 1950.
- Ljunberg, L. — Hysteria. A clinical prognostic and genetic study. *Acta psychiat. neurol. scand.*, 1957, 32, suppl. 112.
- Lumio, J. S., Jauhainen, T., y Gelhar, K. — Three cases of functional deafness in the same family. *J. Laryng.*, 1969, 83, 299-304.
- Luxemburger, H., 1928; en Ljunberg (véase este autor).
- Michaux, L., Gallot, Lemperière, y Juredieu. — Considérations psychopathologiques sur une épidémie d'hystérie convulsive dans un internat professionnel. *Arch. franç. Pédiat.*, 1952, 9/9.
- Michaux, L., y Vaugelade, S. — Considérations sur l'hystérie infantile. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1959, 7/5-6, 191-195.
- Michaux, L., Koupernik, C., Lelord, G., Elissalde, B., y Berges, C. — Etude du conditionnement EEG son-lumière chez 10 jeunes hystériques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1959, 7, 5-6, 260-268.
- Morgenstern, S. — Contribution au problème de l'hystérie chez l'enfant. *Evol. Psychiat.*, 1937, 2, 3.
- Neyraud, M. — A propos de la mythomanie. *Entretiens psychiat.*, 1963, 9, 11-38.
- Paterson, J. H., 1949; en Ljunberg (véase este autor).
- Persch, R., 1926; en Ljunberg (véase este autor).
- Proctor, J. T. — Hysteria in childhood. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1958, 28, 394-407.
- Purtell, J. J., Robins, E., y Cohen, M. E. — Observations on clinical aspects of hysteria: a quantitative study of 50 hysteric patients and 156 control subjects. *J.A.M.A.*, 1951, 146, 10, 902-909.
- Robins, E., y O'Neal, P. — Clinical features of hysteria in children, with a note on prognosis. A two to seventeen year follow-up study of 41 patients. *Nerv. Child.*, 1953, 10, 246-271.
- Rock, N. L. — Conversion reactions in childhood: a clinical study on childhood neuroses. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1971, 10, 65-93.
- Rueff-Duval, D. — Ébauche d'une étude structurale de psychopathologie de l'enfant à propos de l'hystérie. *Thèse Paris*, 1962, Ed. A. G. E. M. P.
- Scarcella, M., Calamoneri, F., y Perniola, T. — L'isterismo infantile. Problematrice cliniconosografica. Contributo casistico. *Neuropsychiatria Infant.*, 1973, 140, 5-37.

- Starr, P. H. — Some observations on the diagnostic aspects of childhood hysteria. *Nerv. Child*, 1953, 10, 214-231.
- Stevens, H. — Conversion hysteria, revisited by the pediatric neurologist. *Clin. Proc. Child Hosp.* (D. C.), 1969, 25, 27-39.
- Stucki, J. D. — L'hystérie chez l'enfant. *Psychiat. Infant*, 1965, 8, 605-622.
- Sutter, J. M. — *Le mensonge chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 1956.
- Theopold. — Induzierte Amplexusneuralgie bei Mädchen einer Schulklasse. *M Schr. Kinderheilk*, 1955, 103.
- Vaugelade, S. A. — Contribution à l'étude de l'hystérie infantile. *Thèse Paris*, 1958.
- Vivien, P. — Contribution à l'étude des accidents pithiatiques chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1944.
- Walton, D., Black, D. A. — Application de la théorie moderne de l'apprentissage au traitement de l'aphonie hystérique; en: Eysenck, H. J.: *Conditionnement et névroses*. Gauthier-Villars, Paris, 1962.
- Warot, P., y Maurin, P. — Hystérie infantile et juvénile. *Rev. neuropsychiat. infant.*, 1959, 7, 167-181.
- Ziegler, D. K. — Neurological disease and hysteria, the differential diagnosis. *Int. J. Neuropsychiat.*, 1967, 3, 388-396.
- * *
- Numeros de periódicos dedicados a la histeria del niño:
- Nervous Child*, 1953, 10/2.
- Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 1959, 7/5, 6.

CAPÍTULO XIX

PROBLEMAS PARTICULARES PLANTEADOS POR LA DEPRESIÓN Y LA EXALTACIÓN EN EL NIÑO

En el adulto, la melancolía y la manía son entidades clínicas bien definidas que, clásicamente, se consideran en relación con un componente hereditario y una base endógena. Este síndrome se presenta en forma de melancolía o manía intermitente, en forma de locura circular en la cual depresión y excitación se suceden con regularidad y sin interrupción, o en forma de locura alternante, o finalmente como una locura en doble forma en la cual excitación y depresión se suceden sin intervalos de normalidad. Sin embargo, se sabe que junto a estos síndromes clásicos existen en el adulto depresiones reactivas y depresiones neuróticas, así como exaltaciones de origen exógeno.

Cuando se aborda este problema en psiquiatría infantil, la confusión es grande. Por ello antes de tratar de la psicosis periódica, admitida por unos y negada por otros, considerada por algunos como excepcional y por otros como relativamente frecuente, valorada unas veces desde un punto de vista clínico y otras desde un punto de vista psicodinámico, estudiaremos primero el problema planteado por la depresión y la exaltación en el niño.

I. — LA DEPRESIÓN EN EL NIÑO

El término "depresión" no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión infantil no tiene el mismo contenido y representa una experiencia diferente según la edad. Considerada por unos como una fase normal de la evolución, y por otros un fenómeno patológico. Si "patológico" significa fuera de la norma, no creemos que existan individuos que no hayan presentado períodos depresivos, por lo que algunos autores han intentado, con razón, separar el *afecto depresivo* de la *enfermedad depresiva*, el momento depresivo de la forma de ser depresiva, las fases depresivas de los procesos depresivos.

I. — LOS ESTADOS DEPRESIVOS EN EL LACTANTE

Con el nombre de *posición depresiva*, M. Klein describe la fase que sigue a la posición paranoide o persecutoria y que corresponde al período durante el cual el niño es capaz de reconocer al objeto en su conjunto y ya no dividido. La madre, durante esta fase, es la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual produce en el niño su propia impotencia y su dependencia. En relación con el objeto, la actitud del niño es ambivalente y la antigua angustia de persecución deja paso, durante la fase depresiva, a una angustia centrada sobre el temor de sus pulsiones destructivas. El niño no podrá asegurarse la posesión de este objeto, que siente que se le escapa, más que intensificando los procesos destructivos. Por ello, el niño siente la desesperación depresiva, la aflicción de este objeto perdido o destruido y la culpabilidad de haber destruido él mismo este objeto. Se trata, según esta teoría, de una fase del desarrollo normal del niño.

Aunque D. W. Winnicott juzga muy deficiente la denominación *posición depresiva* cuando se trata de un proceso normal, reconoce no haber encontrado otra mejor.

Desde el punto de vista objetivo, R. A. Spitz describe la angustia del sexto mes en el niño normal, pero los niños que sufren una carencia emocional en relación con la separación pueden presentar lo que este autor denomina una *depresión anaclítica*, que se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno del desarrollo ponderal y general. Después de tres meses, la motricidad disminuye, la actividad autoerótica desaparece progresivamente y se instala el insomnio. Esta sintomatología reversible es comparable con el estadio de alarma de Selye. Después de una fase de resistencia, el niño entra en un estado de agotamiento que tiene consecuencias irreversibles.

En su estudio crítico sobre las depresiones en el niño, H. E. Rie considera que lo que se describe como forma de depresión en el lactante, y que posteriormente no evoluciona hacia la depresión del adulto, no debe incluirse en el cuadro de la depresión infantil.

Señalemos, sin embargo, que M. S. Mahler admite que la respuesta depresiva es una reacción afectiva que puede compararse a la angustia y que es la intensidad y la duración aumentada de la respuesta depresiva en algunos niños, durante el proceso de individualización, la que crea el humor de base y la tendencia afectiva a la depresión. Según este autor, durante la segunda subfase de separación-individualización, el niño parece intoxicado por sus propias facultades y por la magnitud de su propio mundo y carga afectivamente, de forma narcisista sus propias funciones y su propio cuerpo; hacia la mitad del segundo año el niño se torna cada vez más consciente de su estado de separación física; en la época de la adquisición del dominio personal, alcanza un elevado punto de exaltación casi hipomaniaco, basado en la creencia de su propia omnipotencia mágica, pero hacia los 18 meses experimenta de forma más o menos gradual los obstáculos que se encuentran en su camino en su conquista del mundo. Entre esta época y los 24 meses se producen cambios dramáticos en la psicodinámica del niño, y el derrumbamiento de la creencia del niño en su propia omnipotencia y en la de sus padres origina la reacción depresiva de base. El humor depresivo puede estar representado de forma predominante por la angustia de la separación y por reacciones de tristeza, o también por el descontento y la cólera después de un período más corto de tristeza que constituye un período de aflicción acortado. La tristeza con un contenido psíquico desde esta época debe distinguirse de las reacciones anteriores fisiológicas de descontento y de sufrimiento, tales como las reacciones transitorias al destete o a un peligro corporal de larga duración.

Según D. W. Winnicott, la posición depresiva aparece en el momento del destete. Si todo va bien se alcanza la posición depresiva en la segunda mitad del primer año y se establece en ella. A menudo hace falta más tiempo, incluso en desarrollos normales. El abordaje repetido de la posición depresiva representa, en muchos niños y adultos en análisis, un aspecto importante del mismo; ello significa que hay progresos y ello implica también una carencia primitiva en este estadio del desarrollo. No es preciso fijar la edad exacta en que ello tiene lugar. Puede suceder que algunos niños pequeños lleguen a realizar un momento de posición depresiva antes de los seis meses, y puede que incluso antes. Ello sería un signo favorable, pero no significa que la

posición depresiva se haya establecido; el citado autor duda de que se trate de algo muy complejo y cree que debe ser el mantenimiento de una angustia y de una esperanza durante cierto tiempo. Para llegar a la posición depresiva, es preciso que el niño se haya establecido como persona total y que, en tanto persona total, haya establecido relaciones con personajes totales.

II. — LAS DEPRESIONES DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA

Aunque ya los autores clásicos habían descrito la depresión en el niño, desde entonces y durante mucho tiempo, se ha considerado abusiva esta denominación aplicada antes de la adolescencia. Es evidente que cuando se toma como modelo la melancolía del adulto, estos trastornos parecen raros en el niño, hasta tal punto que algunos autores como E. Slater y M. Roth (1969) afirman que los niños están inmunizados contra los cambios de humor de larga duración y que este fenómeno no aparece antes de la pubertad.

Sin embargo, desde hace veinte años se ha incrementado el interés por las depresiones infantiles y la Unión Europea de Pedopsiquiatras lo escogió como tema para su reunión de 1971.

Frecuencia. — El estudio de la frecuencia de los estados depresivos en el niño es significativa por sí misma.

G. Nissen, en su material consistente en unos 6.000 niños, encuentra un 1,8% de estados depresivos medianos y graves (excluye de la evaluación las reacciones depresivas de corta duración, los humores depresivos con estructura abandonista dominante, estados depresivos que acompañan al autismo infantil o las psicosis esquizofrénicas, los humores depresivos que acompañan al I. M. C., los humores depresivos con trastornos endocrinos). A. Weber obtiene un 3%, R. y V. Kuhn en un 12% de la clientela promedio de paidopsiquiatría; para E. Frommer el 25% de los consultantes en psiquiatría sufren depresión y M. Meierhoffer la encuentra en el 25% de los casos de niños de edad preescolar ingresados en guarderías. Estas diferencias solamente pueden explicarse en razón de las distintas concepciones sobre la depresión y por la heterogeneidad de los tipos de niños estudiados.

Criterios. — Es importante analizar la base sobre la que apoya la noción de estado depresivo. Así, M. Sperling no define claramente sus criterios clínicos, admitiendo como síntomas de depresión las perturbaciones del aparato digestivo, trastornos del sueño, el prurito, las cefaleas migrañas, el retraso motor, etc., trastornos que son agrupados por este autor bajo un criterio patológico común.

J. Sandler y W. G. Joffe describen una constelación de rasgos (Index de Hampstead) que descubiertos en cualquier edad, permiten determinar el síndrome o el tipo de reacción depresiva. Estos autores encuentran una combinación de algunos de los rasgos siguientes en un grupo numeroso de casos: 1) Niños que parecen tristes, desgraciados o deprimidos, sin que por ello sea necesario que se quejen de ser desgraciados en ese momento preciso, ni siquiera que sean conscientes; 2) Niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera, da la impresión de que se aburren; 3) Niños descritos como descontentos, raramente satisfechos y con escasa capacidad para el placer; 4) Niños que dan la impresión de sentirse rechazados o no amados y prontos en abandonar los objetos que les decepcionan; 5) Niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo; incluso cuando lo piden, parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento; 6) Una tendencia general a regresar a una pasividad oral; fenómeno que se observaba sobre todo en los niños que habían realizado tentativas reales para adaptarse; 7) Insomnio y otros trastornos del sueño; 8) Actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas; 9) Finalmente,

los terapeutas informaban generalmente de la dificultad para mantener un contacto con el niño en esa época.

Los criterios de C. B. Malmquist se basan en el Índice de Hampstead que acabamos de describir, mientras que E. Poznanski y J. B. Zrull sólo utilizan 5 de los 9 ítems de dicho índice; según estos autores, el hecho de que el niño sea incapaz de pedir ayuda o de ser consolado la dificultad del terapeuta para establecer un contacto duradero, la tendencia a regresar a una pasividad oral son evaluados a partir de niños en terapia psicoanalítica (en el trabajo de los autores británicos). Según G. Nissen, cuando se clasifican los síntomas según su frecuencia, los más frecuentes son las dificultades de contacto, la angustia, la inhibición, la incertidumbre, la agresividad, la enuresis, el insomnio, el mutismo y la onicofagia.

Un gran número de autores, considerando que la depresión como tal es difícilmente observable, hacen entrar en el cuadro de los estados depresivos trastornos "enmascarados" o expresados en los "equivalentes conductuales" (J. M. Toolan). E. Poznanski y J. B. Zrull admiten que se hallan características depresivas en las descripciones de niños tristes, desgraciados, formas de reacciones afectivas del tipo depresivo en las entrevistas o cuando tienen más edad y exponen por sí mismos sus estados afectivos. Una confirmación de este estado se halla cuando el niño se autocrítica de forma exagerada, cuando expresa sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte. Una confirmación adicional, pero no necesaria será proporcionada por los informes escolares y los tests psicológicos. La perturbación más frecuente en la sintomatología depresiva sería una imagen negativa de sí mismo; los niños se describen a sí mismos como estúpidos o temen fracasar o sufrir una acción injusta por parte de los demás; tienen un sentimiento profundamente arraigado de ser malos, con sentimientos de autocrítica y de degradación. A veces, la dificultad para manejar la agresividad es el síntoma más frecuente, ya se manifieste en forma directa y primitiva, o lo haga de una forma deliberada; puede ser manifestada directamente contra el objeto, pero en general es desviada.

Si un gran número de autores describen "reacciones depresivas" o "equivalentes depresivos", otros describen formas clínicas que se semejan a las del adulto: síndrome depresivo con inhibición; síndrome depresivo con agitación; síndrome hipocondríaco-depresivo; formas vegetativas; síndrome fóbico-depresivo; síndrome depresivo con angustia; síndrome disfórico depresivo; síndrome vegetativo depresivo (H. Remschmidt e I. Daumer).

Según G. Nissen, la sintomatología prevalente depende de la edad y del sexo:

—En relación con la *edad*, se nota que los lactantes y los niños de edad preescolar manifiestan su depresión por síntomas casi exclusivamente psicósomáticos; el niño pequeño de edad escolar presenta de forma predominante síntomas tales como la inhibición afectiva de las pulsiones con síntomas psicósomáticos (enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos); en los niños de edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (ruminación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión), siendo dominante la cefalea como síntoma psicósomático.

—La distribución por el *sexo*, demuestra que las niñas depresivas son en general tranquilas e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación; "son buenas y se portan bien", mientras que los chicos se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que combinado con inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a la agresividad.

Los *problemas etiopatogénicos* de la depresión todavía más complejos en el niño que en el adulto. Para algunos (H. Remschmidt, A. L. Anell) posee gran importancia el componente endógeno de estas depresiones y el papel desempeñado por los factores hereditarios. Los criterios que aportan no nos parecen demostrativos; de hecho,

el cuadro de tipo melancólico clásico es raro en el niño. En el análisis de G. Nissen, entré 105 niños o adolescentes depresivos, la distribución de los síndromes es la siguiente: depresión psicógena, 76; depresión somatogena: 15; depresión constitucional: 4, y los casos de enfermedad maniaco-depresiva confirmada o sospechada. Este autor admite que existen factores endógenos y exógenos implicados en grado variable.

Si es cierto que existe una *patología familiar*, ésta puede actuar de diversas formas; así E. Poznanski y J. B. Zrull admiten que en estas familias pueden existir tres tendencias mayores que pueden influenciar la conducta del niño: 1) una incidencia elevada de depresiones en los padres puede ser una fuente de depresión para el niño, basada especialmente en la identificación con los padres; los padres pueden utilizar la depresión de forma defensiva o los niños pueden manifestarse en forma depresiva ya que no descargan su tensión en juegos agresivos; 2) una dificultad para manejar la agresión y la hostilidad: sea agresión dirigida por los padres contra el niño como objeto impotente, sea padres deprimidos inalcanzables para el niño; 3) un rechazo por los padres manifiesto. Según estos autores, estas tendencias de depresión de los padres, de rechazo, de hostilidad y de agresión en una familia hacia un hijo están interrelacionados.

Si el factor endógeno interviene, los estudios catamnésicos deberían demostrar que estos niños evolucionan hacia un síndrome fásico unipolar o bipolar. En *investigaciones catamnésicas* G. Nissen señala que entre 96 pacientes, el 58,4% evoluciona en forma favorable y un 41,6% de forma desfavorable; hace constar que su encuesta no confirma la suposición de que los estados depresivos en la primera infancia representan estadios preliminares o precoces de psicosis fásicas endógenas. En efecto, no hubo ni un solo caso de enfermedad maniaco-depresiva, aunque hubo un 9,38% de esquizofrenias.

En un trabajo sobre 37 niños entre 6 y 12 años que presentaban una depresión, L. Cytryn y D. H. McKnew dividen los casos en 3 categorías diferentes en función de las manifestaciones clínicas, del fondo familiar, de la duración de la enfermedad, de la historia pre-mórbida y de los factores precipitantes: 1) Los niños con una reacción depresiva aguda presentan en general una historia de adaptación relativamente normal antes del acontecimiento traumático, que suele consistir en una pérdida de objeto; la familia presenta un grado ligero o moderado de psicopatología, pero no suele haber historia de enfermedades depresivas. 2) Los niños que padecen una reacción depresiva crónica presentan una historia de adaptación social premórbida marginal; han sufrido episodios depresivos en el pasado y una historia de numerosas separaciones y pérdidas de objeto durante su vida anterior, sobre todo en la primera infancia. Son niños pasivos y dependientes y además siempre existe el antecedente de depresión recurrente en uno de los progenitores. En algunos casos, la depresión del niño comienza al mismo tiempo que la del progenitor, y coinciden las etapas sucesivas de depresión y de mejoría. 3) La personalidad de los niños con una reacción depresiva marcada contiene elementos psicopatológicos tan variados como su cuadro clínico; presentan a menudo rasgos compulsivos, histérico-obsesivos o defectos de carácter; su historia pone de manifiesto una tozudez exagerada, negativismo y otros signos de una estructura de personalidad pasiva-agresiva. Los miembros de la familia presentan a menudo una desorganización y una psicopatología grave.

J. Sandler y W. G. Joffe después de sus investigaciones, describen una *respuesta afectiva depresiva de base* (modo específico de reacción afectiva más que síndrome) que tiene semejanzas con otro afecto desagradable de base, la ansiedad. En efecto, como la ansiedad, la reacción depresiva puede ser de corta o de larga duración, de

intensidad más o menos intensa, aparecer en cualquier estadio del desarrollo; en determinadas circunstancias corresponde a una respuesta afectiva normal y apropiada, pero es anormal cuando aparece en circunstancias inapropiadas y persiste durante un lapso de tiempo excesivo y cuando el niño no llega a superarla. J. Sandler y W. G. Joffe insisten, sobre todo, en la naturaleza biológica de base del sufrimiento y de su opuesto, el bienestar. Cuando se habla de la pérdida del objeto, lo que se pierde realmente es el estado de bienestar implícito, psicológica y biológicamente, en la relación con el objeto. Según estos autores, en la respuesta depresiva existe un estado de privación —resignación— que puede aparecer inmediatamente después de la pérdida del bienestar o realizar esfuerzos encarnizados para restaurar el estado añorado y deseado. Si el niño se siente impotente frente al sufrimiento y no puede descargar su agresión, la acumulación de agresión no descargada puede reforzar el estado doloroso de tal forma que es conducido por fuerza a un estado de resignación sin salida. Sin embargo, J. Sandler y W. G. Joffe piensan que es una simplificación admitir que la agresión se ha vuelto simplemente contra sí mismo a través de la identificación con el objeto odiado; lo que es mucho más frecuente en el niño, es la inhibición directa de la agresión o la dirección de la cólera contra el Ello actual que no es amado o es odiado porque no produce satisfacción. La respuesta agresiva parece estar siempre asociada con la agresión no descargada. Según estos autores, la condición esencial de la reacción depresiva es la existencia de un estado ideal del Ello que se siente inalcanzable, por una parte, y una actitud de estar sin recursos, una incapacidad de reaccionar a las circunstancias frustrantes internas o externas, por otra parte. Cuando más buscado es por el niño el estado ideal, y cuanto más irreal es, mayor será su reacción depresiva manifiesta o latente, frente a su aparente inaccesibilidad. El proceso de desarrollo fisiológico normal debe producir en todos los niños la pérdida de estados de satisfacción del Ello experimentados anteriormente, proceso de individualización que comprende el desarrollo gradual de los ideales más adaptados a la realidad y la renuncia a los fines infantiles. El niño que fracasa en “individualizarse” es propenso a reaccionar posteriormente mediante la depresión. Teniendo en cuenta la gran frecuencia de los trastornos del humor en la evolución aparentemente normal de la adolescencia, podría pensarse que reflejan el problema característico de este período de transición. Según E. J. Anthony, las depresiones clínicas de la adolescencia tienden a organizarse a partir de las fases del desarrollo de la infancia más que a partir de la adolescencia misma, aunque puede suceder ambas cosas. En la depresión de la adolescencia se presentan de forma repetida relaciones de objeto de tipo narcisista, conflictos de ambivalencia, disminución de la propia estima, impotencia del Yo. Se considera que determinadas experiencias de la infancia juegan un papel en la depresión posterior. Según su experiencia psicoanalítica, este autor delimita dos tipos de depresión en el adolescente: en el primer tipo, la psicopatología es fundamentalmente pre-edipiana y proviene de una relación simbiótica con una madre omnipotente que satisface todas las necesidades; el problema crucial estriba en las divergencias entre el Yo y el ideal del Yo, que determinan inferioridad y desadaptación, y finalmente, la debilidad del Yo. El segundo tipo de depresión es más edipiano, con mucho de culpabilidad y de masoquismo moral asociado a un Superyo punitivo; la decepción correspondiente al momento de la desaparición de la idealización de los padres lleva a una deflexión del Sí (mismo), que conduce al odio de Sí mismo.

II — LA EXALTACIÓN

El problema de la exaltación en el niño es más complejo.

Antes de que el niño adquiera su autonomía, se encuentran en él verdaderas crisis de exaltación psicomotriz, ya sea como expresión de deseo o como llamamiento y comunicación. Posteriormente, cuando el niño ha adquirido una cierta independencia, cuando empieza a manejar el mundo de los objetos o a descubrir sus propios instrumentos de acción, el júbilo forma parte de esta conquista, júbilo que es al mismo tiempo expresión de victoria y de seguridad, y que no es necesariamente la sensación de un bienestar apacible. El descubrimiento de sí mismo y el descubrimiento de los demás en tanto que “otros” se acompañan tanto de alegrías expresadas como de temores ocultos. El propio juego de construcción-destrucción al principio, de posesión después, forma parte del mecanismo de elaboración de la personalidad, mecanismo de rechazo y de apropiación, procesos de homeostasis que sirven para calmar la angustia o para transformarla, a través de los juegos, en placer. Pero, ¿existe un estado de exaltación de base al igual que ha sido descrito un estado de depresión de base? Encontramos a menudo en la primera infancia sujetos tranquilos, de apariencia satisfecha, poco exigentes, que manifiestan pocos deseos y sufren por ello pocas frustraciones que nos dan una impresión de bienestar, pero en los cuales, de hecho, no encontramos verdadera exaltación, y otros en los cuales existe una verdadera excitación psicomotriz con incapacidad de estar quietos, trastornos de la fijación, cambios de humor, satisfacciones episódicas sin verdadero estado de euforia con payasadas exhibicionistas y conducta que dan lugar a castigos (todo ello bajo el aspecto de una falsa alegría sin verdaderas sensaciones de bienestar, ni en uno ni en otro caso). En realidad, detrás de la exaltación de la primera infancia, existen mecanismos más complejos que pueden esconder una angustia más profunda. Sabemos que, según M. Klein, la posición depresiva puede seguirse de una *posición maniaca de defensa*, defensa contra un peligro interior al cual está expuesto el Yo del niño y que proviene del instinto de muerte, del Ello y de los malos objetos interiorizados.

Según nuestra experiencia, algunos niños pueden presentar estados casi permanentes de exaltación con logorrea, familiaridad, fuga de ideas, inestabilidad psicomotora, impresión de omnipotencia, expresión de ideas fantásticas y de grandeza y negación de cualquier tipo de angustia. A pesar de un potencial bueno si no superior, su escolaridad es deficiente y los trastornos se manifiestan en el plano de las funciones instrumentales. Se encuentran con frecuencia en estos niños antecedentes de abandono y, en los primeros meses de la vida, enormes manifestaciones de avidez no satisfecha así como episodios de ansiedad manifiesta o enmascarada en forma de trastornos del sueño o de terrores nocturnos. Estos sujetos mal estructurados dan claramente la impresión de que la personalidad, tal como se nos ofrece y tal como el sujeto la vive, no responde más que a un mecanismo de defensa contra una angustia depresiva profunda. Presentan, en efecto, las características de la *defensa maniaca* tal como las describe D. W. Winnicott: negación de la realidad interior, huida de la realidad interior hacia la realidad exterior, mantenimiento de las personas de la realidad interior en estado “de animación suspendida”, negación de las sensaciones de depresión, la pesadez y tristeza son reemplazadas por su contrario (ligereza, bienestar, etc.), empleo de cualquier contrario para asegurarse frente a la muerte, el caos, el misterio, etcétera; estas ideas pertenecen al contenido fantasmático de la posición depresiva.

En una edad más tardía, encontramos a veces cuadros pseudohipomaniacos que se deben a menudo a reacciones de tipo histeroide, a episodios transitorios del tipo "manía de liberación" o a síndromes prepsicóticos, u otras veces se trata de estados de excitación debidos a una lesión cerebral, orgánica o endocrina.

En 1928 H. C. Rümke describió un síndrome que denominó *mania phantastica infantilis* que se encuentra durante la edad escolar hasta la pubertad. La entidad de este síndrome fue confirmada en 1961 por A. van Krevelen. Se caracteriza por: exaltación, ideas de grandeza, confabulaciones y fugas. La estructura de base de esta afección sería el temperamento maniaco y la inmadurez de la personalidad. Las influencias del medio, de la madre en particular, posiblemente desempeñan un papel en el contenido de los conflictos expresados por el niño. A. van Krevelen piensa que este síndrome puede considerarse como la forma juvenil de la manía. Nosotros hemos observado sujetos de este tipo que presentan durante la primera infancia trastornos del carácter, y durante el período de latencia, graves trastornos de la conducta concernientes a las dificultades relacionales con los padres. La sintomatología es parecida a la del abandono, se forma después de frustraciones reales y se continúa después de la pubertad por trastornos de la conducta (fugas, erotismo precoz) y por fuertes componentes mitomaniacos. En esta época alternan fases de subexcitación con euforia e ideas de poder, con fases claramente depresivas de infravaloración e ideas de suicidio. En uno de nuestros casos hemos encontrado, junto a factores exógenos evidentes, un componente endógeno de tipo maniaco en el padre. Debemos señalar que, en este sujeto, raramente hemos encontrado períodos de normalidad y que, en el fondo, la actual adolescente se comporta como una psicópata distímica; el diagnóstico que realizamos en estos casos es el de psicosis cicloide.

M. Porot y S. Vicario-Kiener comunican una observación de exaltación de tipo maniaco rápidamente curada en un caso y duradera en el otro. En el primer caso se trataba de una manía clara, en el segundo podía dudarse de si en realidad se trataba de una inestabilidad psicomotriz particularmente intensa y duradera. Los autores se preguntan si existe una frontera tajante entre la hipomanía crónica y la inestabilidad psicomotriz, recordando a Chaslin, que sostenía que la turbulencia de los epilépticos no era más que una manía amortiguada.

Durante la preadolescencia, P. Le Moal describe episodios hipomaniacos y W. S. Sadler describe, con el nombre de "actividad maniaca juvenil", estados de turbulencia y de agitación acompañados de insomnio en sujetos extrovertidos que tienen un excelente contacto con el ambiente. Este autor distingue dos variedades de esta "desviación cicloide", una de tipo constitucional hereditaria y otra de tipo reactivo.

III. — PSICOSIS MANÍACODEPRESIVA

Aunque Delasiauve y después J. Moreau de Tours (*La locura en el niño*, 1888) describen manifestaciones claras de psicosis maniaco-depresiva que aparecen a partir de los 7 años, la existencia de un verdadero síndrome maniaco-depresivo es negada por muchos neuropsiquiatras actuales que consideran que la maniaco-depresión no existe en el niño (L. y M. Lurie), que no se manifiesta antes de la pubertad o antes de los 15 años (C. Bradley y L. Kanner), o bien sostienen que no puede aparecer antes de los 13 años (M. Barton-Hall). Según C. Bradley, la manía no existe en el niño y su diagnóstico ocasional debe atribuirse a una observación errónea o a una

mala interpretación de algunos síntomas familiares como la hiperactividad. Según M. Barton-Hall, los estados maniaco-depresivos son enfermedades de la personalidad madura o en proceso de maduración.

Sin embargo, E. Kraepelin, mediante el estudio de las anamnesis de psicosis maniaco-depresivas del adulto, comprueba que en un 3% de casos, la enfermedad comenzó antes de los quince años. Este porcentaje es menor en la estadística de E. Slater. Entre los sujetos en los que las manifestaciones aparecieron antes de los veinte años, A. B. Barret hace constar que el 5% de ellos presentaron los síntomas antes de los 12 años. V. A. Strecker, en la revisión de 5.000 admisiones, encontró los casos en los que el comienzo de la enfermedad fue anterior a la edad de los quince años. M. Della Rovere admite igualmente que la psicofrenia puede aparecer entre los 14 y los 18 años con toda seguridad, y antes de los 14 años casi con seguridad.

Para conseguir informaciones anamnésicas suficientes, hemos realizado, con J. Constantinidis, una revisión de historiales de enfermos con los diagnósticos de: psicosis maniaco-depresiva, ciclotimia, estado mixto, melancolía, depresión endógena, manía, hipomanía que fueron ingresados en nuestra clínica psiquiátrica con edad inferior a los 30 años (los historiales relativos a enfermos hospitalizados con una edad superior no incluían suficientes datos sobre los antecedentes precoces para poder ser utilizados). Comprobamos que había 10 casos en los que los trastornos habían comenzado entre los 5 y los 15 años, y 10 casos entre los 16 y los 18 años.

Sin embargo, otros autores, como J. Campbell, se sorprenden de que los casos publicados de psicosis maniaco-depresiva en el niño se presenten como únicos o excepcionales. Este autor señala que en su propia experiencia, en 4 años, ha encontrado 18 casos iniciados antes de los 18 años, y describe algunos que se iniciaron a los 6, 7, 10, 12 y 13 años. Las observaciones de psicosis maniaco-depresivas de inicio anterior a los 15 años, comunicados por numerosos clínicos, apoyan esta tesis (J. Kasanin, E. A. Strecker, F. A. Delmas, R. Charpentier, H. Baruk e Y. Gevaudan, K. K. Rice, M. Schachter, B. de Georges y R. Meyer, S. H. C. Feinstein y E. A. Wolpert, N. de la Cruz, etc.). Los casos descritos por J. F. McHarg, K. T. Dussick y D. M. Olkson, tienen características particulares.

¿Sobre qué criterios se fundan para admitir la existencia de las psicosis maniaco-depresivas en el niño?

En 3.000 niños hospitalizados, Walter Spiel encuentra 19 casos de psicosis maniaco-depresiva por debajo de los 14 años. Este autor distingue dos grupos:

— Uno en el cual el síndrome aparece antes de los 10 años, en el que el diagnóstico diferencial debe hacerse con la psicosis cicloide simple y en el que existe una carga hereditaria importante.

— Otro en el que el síndrome aparece entre los 10 y 14 años, con componente hereditario menos importante, brote infantil dudoso y evolución hacia la curación.

Según este autor, en los casos que él ha recogido, la manía se confunde con la turbulencia y la depresión con la pereza. El ciclo es unas veces corto y otras largo. Cuanto mayor es el niño, más largas son las fases y existen menos formas maniacas. Al contrario que K. Schneider, nosotros pensamos, al igual que H. Sutte, que sólo existe una diferencia cualitativa entre las psicosis maniaco-depresivas y la psicosis cicloide. Los grupos estudiados por él confirman la tesis de Burger Prinz, según la cual las psicosis maniaco-depresivas pueden aparecer desde los 10 años, durar de nueve meses a un año y seguirse de un largo período libre.

Ya M. Schachter demostró que los términos "desviación cicloide", "temperamento ciclotímico" o "tipo de personalidad circular", que pueden tener un valor por sí mismos, crean a veces confusiones en lo que respecta a la psicosis maniaco-depresiva. Por otra parte, destaca que las psicosis infantiles llamadas periódicas, con frecuencia no son más que trastornos de la personalidad en los cuales la fase hiperactiva

se confunde erróneamente con una "manía" y su desaparición se interpreta como "depresión". Según J. Anthony y P. Scott, la psicosis maniacodepresiva del niño se ha descrito en cinco sentidos distintos: psicosis maniacodepresiva como entidad psicodinámica reconocible al inicio de la infancia y que se incorpora en el desarrollo normal; psicosis maniacodepresiva como fenómeno clínico del principio de la infancia; psicosis maniacodepresiva como entidad clínica en sí misma perteneciente al fin de la infancia; psicosis maniacodepresiva infantil como variante de inicio precoz de la enfermedad del adulto; psicosis maniacodepresiva infantil como simple ampliación de una tendencia ciclotímica, siendo las oscilaciones emocionales en gran parte no afectadas por las condiciones ambientales. Estas ampliaciones, "desviaciones cicloides", representan formas embrionarias de la enfermedad posterior.

Vemos, pues, que los criterios definidos para aceptar la excitación de una psicosis maniacodepresiva son muy variados. Por el contrario, si nos mostramos tajantes en la elección de los criterios, los casos de psicosis maniacodepresiva infantil son raros. J. Anthony y P. Scott analizan las observaciones publicadas en la literatura según los siguientes criterios: 1) Como prueba de un estado psiquiátrico anormal parecido a la descripción de la psicosis maniacodepresiva clínica clásica. 2) Como prueba de una historia familiar positiva. 3) Como prueba de una tendencia precoz a un tipo maniacodepresivo de reacción, tal como una tendencia ciclotímica o crisis delirantes maniacodepresivas. 4) Como prueba de una enfermedad recurrente o periódica valorada en meses o en años y considerada como clínicamente similar. 5) Como prueba de una enfermedad difásica alternante con estados de euforia y de depresión o viceversa. 6) Como prueba de una enfermedad endógena, en la que las fases de la enfermedad presentan pocas relaciones con los acontecimientos ambientales. 7) Como prueba de una enfermedad grave. 8) Como prueba de una personalidad anormal subyacente, de tipo extrovertido. 9) Ausencia de otros rasgos anormales, como la esquizofrenia, los estados orgánicos, la histeria, etc. 10) Como prueba de un diagnóstico durante la enfermedad y no retrospectivo.

Según estos criterios, sólo 3 casos obtienen puntuaciones por encima de 5 y ninguno por encima de 7. Se trata de los casos de K. T. Dussick, M. Olkson y J. F. McHarg, los tres casos tenían 11 años y presentaban fases alternantes de manía y de depresión. Por su parte, J. Anthony y P. Scott presentan el caso de un niño de 12 años seguido hasta los 22 años, en el cual se encuentran los 10 criterios. Según estos autores, estos casos representan una excepción a la regla clínica general, la cual limita la psicosis maniacodepresiva a trastornos de la adolescencia o del adulto, y demuestran que antes de la pubertad puede iniciarse una psicosis afectiva. Ponen en duda que en el niño de menor edad pueda aparecer una forma clínicamente reconocible, aunque algunos rasgos "embrionarios" puedan aparecer de forma transitoria en los primeros años de la vida. Pero creen que es impropio etiquetarlos de "psicóticos" porque preceden a la psicosis posterior. Es cierto que cuando se analiza la fase prepsicótica de los sujetos afectados de psicosis maniacodepresiva puede encontrarse en su vida imaginativa una cualidad maniacodepresiva, pero en este caso se trata de un diagnóstico psicodinámico que anticipa una psicosis que tal vez no aparecerá nunca. Según J. Anthony y P. Scott, la tendencia maniacodepresiva está latente en el individuo predispuesto, aparece en una forma psicodinámica interiorizada precozmente en la vida, puede manifestarse de forma transitoria durante la infancia, bajo fuertes presiones psicopsicológicas, y a veces en un determinado momento de la historia, por diversos motivos, se torna clínicamente reconocible como psicosis.

H. Remschmidt e I. Dauner consideran que en sus casos, los factores hereditarios juegan un papel esencial y describen en los niños síndromes maniacodepresivos de

componentes endógenos. E. Albert describe fases maniacodepresivas en niños que presentaban lesiones orgánicas sin que en ellos pueda hallarse una tendencia hereditaria a las psicosis endógenas. La región cerebral que se suponía era la causante de las modificaciones tónicas en la región diencefálica.

En el cuadro de las *psicosis cicloides* podrían incluirse algunos cuadros clínicos de la pubertad de aspecto distinto de la psicosis maniacodepresiva. Se trata de episodios cíclicos con cambios mentales graves que se inician en la pubertad relacionados con los períodos menstruales (E. Y. Williams y L. R. Weeks, H. Grosch, M. Grahmann, W. Wenzel, R. Mayer y G. Porro, etcétera). Se trata de episodios de apatía con falta de iniciativa, depresión, síntomas hipocondríacos y ansiedad unidos a un matiz confusional, o bien de síndromes confusionales con agitación, acompañados o no de síndromes alucinatorios visuales y auditivos. Este síndrome podría incluirse, como hace H. Grosch, en el cuadro de los estados de obnubilación periódica de K. Kleist. También se han descrito episodios parecidos en los niños en el período de la pubertad (H. Beringer, H. Grahmann y U. Pipkorn). En el caso de Pipkorn se trata de un niño de 14 años que presentaba cada mes fases de desinhibición alternante con fases de inhibición; las primeras se acompañaban de hambre intensa y excitación impulsiva y psicomotora, y las segundas de una pérdida total de apetito con falta de iniciativa y apatía. Estos trastornos desaparecieron mediante convulsivoterapia. Se han descrito también estados crepusculares asociados con trastornos periódicos del sueño (W. Wenzel, R. Mayer y G. Porro). La mayoría de los autores consideran que estas formas deben distinguirse de la esquizofrenia y que forman parte del cuadro de las psicosis cíclicas de origen metabólico o endocrino, sin descartar por ello una dinámica regresiva de tipo histeroide.

Ch. Eggers estudia las fases de ciclotimia que pueden manifestarse al comienzo o en el curso de psicosis esquizofrénicas en el niño. Admite que las fases de ciclotimia son pródromos depresivos o maníacos antes de que se inicie la psicosis esquizofrénica, o que son fases depresivas que comienzan antes y persisten durante el episodio esquizofrénico, o bien, que comienzan por vez primera muchos años después de la aparición de la psicosis esquizofrénica o que, por último, que son fases maniacodepresivas bipolares que comenzaron antes de aparecer la esquizofrenia.

IV. — TRATAMIENTO

Las depresiones del niño pueden tratarse con las mismas medicaciones antidepresivas utilizadas en el adulto, sea con tricíclicos, sea con inhibidores de la monoaminooxidasa, particularmente tolerados por el niño sin dificultad. En caso de ansiedad o de insomnio son aconsejables los ansiolíticos.

En el caso de una agitación superior, las fenotiacinas o las butirofenonas pueden calmarla.

En el caso de síndromes maniacodepresivos, en algunos enfermos, el tratamiento con litio puede ejercer una acción estabilizante y normalizante.

Si algunos autores rechazan completamente las terapéuticas medicamentosas, considerando que una psicoterapia bien llevada permite abordar las dificultades de una manera mucho más satisfactoria, para la mayoría, no se plantea oposición en cuanto al empleo conjunto de estos dos tipos de terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- Agras, S. — The relationship of school phobia to childhood depression. *Amer. J. Psychiat.*, 1959, 116, 533-536.
- Albert, E. — Ueber manisch-depressive Psychosen bei Kindern mit organischen Hirnschädigungen. II. Mitteilung: Ergebnisse der Katamnesen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1972, 216, 3, 265-276.
- Altschule, M. D., y Brem, J. — Periodic psychosis of puberty. *Am. J. Psychiat.*, 1963, 119, 1176-1178.
- Annel, A.-L., ed. — *Depressive states in childhood and adolescence*. Almqvist et Wiksell, Estocolmo, Suecia, 1972.
- Anthony, E. J. — Two contrasting types of adolescent depression and their treatment. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1970, 18, 841-859.
- Anthony, J., y Scott, P. — Manic-depressive psychosis in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1960, 1, 53-72.
- Barrett, A. M. — Manic-depressive psychoses in childhood. *Int. Clin.*, 1931, 3/41, 205-217.
- Barton-Hall, M. — Our present knowledge about manic-depressive states in childhood. *Nerv. Child*, 1952, 9, 319-325.
- Baruk, H., y Gevaudan, Y. — La psychose périodique chez l'enfant. *Ann. Méd. psychol.*, 1937, 95, 296-312.
- Benedetti, P. — Psicosis affettiva dell'età infantogiovanile. *Infanzia anormale*, 1959, supl. n.º 34, 697-709.
- Beringer, K. — Rhythmischer Wechsel von Enthemmung und Gehemmtheit als diencephale Antriebsstörung. *Nervenarzt*, 1942, 15, 225.
- Bibring, E. — The mechanism of depression. En *Affective disorders*, ed. P. Greenacre. Nueva York: Intern. Univ. Press, 1953.
- Bierman, J., Silverstein, A., y Finesinger, J. — A depression in a six-year-old boy with acute poliomyelitis. *Psychoanal. study child*, 1958, 13, 430-450.
- Bowlby, J. — Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal. study child*, 1960, 15, 9-52.
- Bradley, C. — En Modern Trends in Child Psychiatry (editado por Lewis, N. y Pacella, B.). Int. Univ. Press, Nueva York.
- Burger Prinz, H. — Psychopathologische Bemerkungen zu den zyklischen Psychosen. *Nervenarzt*, 1950, 21, 476-480.
- Burks, H. L., y Harrison, S. I. — Aggressive behaviour as a means of avoiding depression. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1962, 32, 416-422.
- Campbell, J. — Manic-depressive psychoses in children. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1952, 116, 424-439.
- Cytryn, L., McKnew, D. H., Jr. — Proposed classification of childhood depression. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 129, 149-155.
- Charpentier, 1937, dans discussion d'article de F. A. Delmas (véase más abajo).
- De la Cruz, N. — Manisch-depressives Kranksein bei Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 1972, 110, 2, 279-316.
- Della Rovere, M. — Psicosis affettive nell'età evolutiva. *Lav. Neurops.*, 1962, 30, 75-100.
- Delmas, F. A. — Cyclothymie infantile. *Ann. Méd. psychol.*, 1937, 95, 71-75.
- Despert, J. L. — Suicide and depression in children. *Nerv. Child*, 1952, 9, 378-389.
- Dussick, K. T. — Manic-depressive psychosis in a 11-year-old child coupled with hereditary endocrine taint. *Psychiat. Neurol. Wschr.*, 1934, 36, 305.
- Eggers, Ch. — Cyclothymie Phasen im Beginn und im Verlauf schizophrener Psychosen des Kindesalters, 384-388. En *Depressive states in childhood and adolescence*; Annel, A.-L., ed.; Almqvist y Wiksell, Estocolmo, 1972.
- Feinstein, Sh. C., Wolpert, E. A. — La maladie maniaco-dépressive juvénile. *Psychiat. Enfant*, 1972, 15, 134-148.
- Frommer, E. — Depressive illness in childhood. En *Recent developments in affective disorders*; Coppen, A., Walk, A., eds.; Brit. J. Psychiat. Spec. Publ. No. 2. R. M. P. A., Londres, 1968.
- Giorgis, G., de y Mayer, R. — Un caso di psicosis maniacale ciclica in adolescenza. *Infanzia anormale*, 1965, 66, 888-897.
- Grahmann, H. — Periodische Ausnahmezustände in der Reifezeit als diencephale Regulationsstörung. *Psychiat. et Neurol. (Basilea)*, 1958, 135, 361-377.
- Grattarola, F. R. y Rovera, G. G. — Problemi psicopatologici clinici in tema di melanconie dell'età evolutiva. *Arch. psicol. neurol. psichiat.*, 1962, 23/3, 223-248.
- Grosch, H. — Periodische. Undämmerung von vierwöchentlichem Rhythmus in der Pubertät. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1949, 160, 105.
- Harrington, M. y Hassan, J. — Depression in girls during latency. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1958, 31, 43-50.
- Joffe, W. G. y Sandler, J. — Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. study child*, 1965, 20, 394-424 (trad.: *Psychiat. Enfant*, 1967, 10/1, 123-156).
- Kaplan, A. y Sakheim, G. — Manic-depressive psychosis in a 13 year-old boy. *J. Nerv. Dis.*, 1955, 121, 140-154.
- Kasanin, J. — The affective psychoses in children. *Amer. J. Psychiat.*, 1931, 10, 897-926.
- Keeler, W. R. — Children's reaction to the death of a parent. En *Depression*, eds. P. Hoch y J. Zubin. Nueva York: Grune and Stratton, 1954, págs. 109-120.
- Klein, M. — The psychogenesis of manic-depressive states. *Contributions to psychoanalysis*. Hogarth, Londres, 1934.
- Kleist, K. — *Episodische Dämmerzustände*. Leipzig, 1926.
- Kohler, C., Beruand, F. — Les états dépressifs chez l'enfant, 173-184. En *Depressive states in childhood and adolescence*; Annel, A.-L., ed.; Almqvist et Wiksell, Estocolmo, 1972.
- Krevelen, D. A. Van. — La manie fantastique des enfants. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1962, 10, 3/4, 133-138.
- Le Moal, P. — *L'enfant excité et déprimé*. P.U.F., Paris, 1953.
- Lurie, L. A. y Lurie, M. L. — Psychoses in children: a review. *J. Pediat.*, 1950, 36, 801-809.
- Mahler, M. S. — Sadness and grief in infancy and childhood. *Psychoanal. study child*, 1961, 16, 332-351.
- Mahler, M. S. — Some preliminary notes on the development of basic moods, including depression. *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, 1966, 11, supl. esp.: S250-S258.
- Malmquist, C. P. — Depressions in childhood and adolescence. *Mental Health Digest*, 1971, 3, 8, 38-46.
- Mayer, R. y Porro, G. — Gli stati crepuscolari periodici nella pubertà. *Infanzia anormale*, 1968, 87, 231-244.
- McHarg, J. F. — Mania in childhood. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1954, 72, 531-539.
- Nacht, S. y Racamier, P. C. — Les états dépressifs: étude psychanalytique. *Rev. franc. Psychanal.*, 1959, 23/5, 567-605.
- Nissen, G. — *Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter*. Springer, Berlin, 1971.
- Olkson, D. M. — *Essentials of neuropsychiatry*. Lea and Febiger, Filadelfia, 1945.
- Pipkorn, U. — Die Bedeutung des Diencephalons bei impulsiv-dranghaften Zuständen von Jugendlichen. *Nervenarzt*, 1947, 19, 505.
- Porot, M. y Vicario-Kiener, S. — Manie curable et manie durable chez l'enfant. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1961, 9, 483-488.
- Poznanski, E., Zrull, J. P. — Childhood depression. Clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 23, 8-15.
- Remschmidt, H., Dauner, I. — Zur Ätiologie und differentialdiagnose depressiver Zustandsbilder bei Kindern und Jugend-psychiatrie. *Jahrbuch für Jugend-psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 1971, 8, 13-45.
- Rice, K. — Regular 40 to 60 day cycle of psychotic behaviour in a 14-year-old boy. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1944, 51, 478.
- Rie, H. E. — Depression in childhood. A survey of some pertinent contributions. *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, 1966, 5/4, 653-685.
- Rümke, H. C. — Ueber Psychosen bei Kindern in Zusammenhang mit einigen Problemen in der Klinischen Psychiatrie betrachtet. *Z. Neurol. Psychiat.*, 1928, 114, 113-151.
- Rutter, M. L. — Relationships between child and adult psychiatric disorders. Some research considerations. *Acta psychiat. scand.*, 1972, 48, 3-21.
- Sadler, W. S. — Juvenile manic activity. *Nerv. Child*, 1952, 9, 363.
- Sandler, J. y Joffe, W. G. — Notes on childhood depression. *Int. J. Psychoanal.*, 1965, 46, 88-96.
- Schachter, M. — The cyclothymic states in the prepubescent child. *Nerv. Child*, 1952, 9, 357-362.
- Slater, E., Roth, M. — *Clinical psychiatry*. 3.ª ed. Cassell, Londres, 1969.
- Soulé, M., Kreisler, L. y Wolf, A. — Traitement par le Niamide en psychiatrie infantile. *Rev. neuropsychiat. inf.*, 1966, 14/9, 705-714.
- Sperling, M. — Equivalents of depression in children. *J. Hillside Hosp.*, 1959, 8, 138-148.
- Spiel, W. — *Die endogenen Psychosen des Kindes und Jugendalters*. S. Karger, Basilea, 1961.

- Spitz, R. — Anacletic depression. *Psychoanalytic study of the child*, 1946, 2, 313-342.
- Spitz, R. — Infantile depression and general adaptation syndrome. *A Criança Portuguesa*, 1960, 19, 55-73.
- Strecker, E. A. — *Fundamentals of psychiatry*. Lippincott, Filadelfia, 1944.
- Stutte, H. — Phasische Störungen Psychotischen Charakters in Kindes und Jugendalter. *Atti II Congr. Europeo Pedops.*, 1963, 1, 98-110, Roma.
- Toolan, J. M. — Depression in children and adolescents. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1962, 32, 404-415.
- Wenzel, U. — Periodische Umdämmerungen in der Pubertät. *Arch. für Psychiatrie und Zeitschrift ges. Neurol. Psychiat.*, 1960, 201, 133-150.
- Williams, E. Y. y Weeks, L. R. — Premenstrual tension associated with psychotic episodes. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1952, 321-329.
- Winnicott, D. W. — *The depressive position in normal emotional development*, 1955. En *Collected Papers*, Londres: Tavistock, 1958.
- *
* *
- Número especial: *Nervous Child*, 1952, 9.
- États dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. 4.^e Congrès de l'Union Européenne des pédiopsychiatres (1971). Almqvist y Wiksell, Estocolmo, 1972.

CAPÍTULO XX

LAS PSICOSIS INFANTILES

I. — HISTORIA Y CLASIFICACIÓN

El problema planteado por las psicosis infantiles está lleno de dificultades. Desconocidas en primer lugar como entidad, las psicosis infantiles se describen más tarde bajo formas diversas. En el transcurso de los años son descubiertas y redescubiertas por sucesivos autores que aíslan formas particulares. Así, sus características se desprenden progresivamente del cuadro de su propia originalidad.

E. Kraepelin y E. Bleuler admiten que algunos de sus enfermos lo son desde la infancia, pero no individualizan una forma de psicosis particular de la infancia; otros intentan desprender del cuadro de las demencias infantiles algunas formas específicas. Santa de Sanctis (1905) describe una demencia precocísima que se caracteriza por una sintomatología hasta cierto punto análoga a la de la afección descrita con el nombre de "demencia precoz" en los individuos jóvenes, en especial a la sintomatología de la catonía, y que es también una enfermedad precocísima —se inicia pronto y evoluciona rápidamente hacia la demencia—. La independencia nosológica de la demencia precocísima es discutida por W. Weigandt. Debe señalarse también que los cuadros aislados por Th. Heller (1909) dieron lugar a diversas polémicas, en especial en el terreno etiológico. A. A. Brill (1926) y S. Soukarewa (1932) publican un número impresionante de casos de esquizofrenia prepuberal; H. Potter (1933) introduce la noción de esquizofrenia infantil. En 1934, G. Heuyer y otros discuten este problema nosográfico a propósito de las demencias infantiles, pero hasta 1937 no aparecen los trabajos de conjunto de C. Bradley, J. Lutz, L. Despert y L. Bender, que intentan dar un cuadro clínico-evolutivo a los trastornos descritos con el nombre de esquizofrenia infantil.

J. Lutz describe formas clínicas y define mejor el cuadro de la esquizofrenia infantil que se caracteriza, según él, por trastornos de las relaciones (ruptura de relaciones, modos de relaciones de sustitución, tipos de relaciones extrañas) que más tarde se transforman en una pérdida de la necesidad de relaciones. El resultado de estos trastornos relacionados es un modo de aislamiento típico; en el terreno afectivo aparece una especie de atontamiento (descrito ya por A. Cramer), una disociación y una desestructuración de la afectividad; en lo que respecta a la actividad, se observan cambios globales que se presentan en forma de apatía o de excitación impulsiva. El autor otorga una atención considerable al factor tiempo en el diagnóstico de la esquizofrenia infantil, no sólo debido a la especificidad (según la edad) de algunos síntomas, sino también debido a la dependencia de la aparición de la psicosis en relación con el desarrollo global de la personalidad del enfermo.

Esta profundización es seguida en el terreno psicodinámico por L. Despert, que define la esquizofrenia infantil como "un proceso mórbido en el que la pérdida del contacto afectivo con la realidad o la ausencia del desarrollo de este contacto coincide con, o está determinado por la aparición de un modo de pensar autista y acompañado por fenómenos de regresión y de disociación".

L. Kanner (1943) individualiza un síndrome particular que denomina "autismo precoz del niño". Este cuadro se diferencia de la esquizofrenia infantil por el intenso aislamiento del sujeto, por su desapego del ambiente durante el primer año de la vida; se diferencia de la oligofrenia por su buena potencialidad intelectual. L. Kanner realiza este diagnóstico cuando ni la historia del niño, ni el examen neurológico, ni los resultados del laboratorio (incluido el electroencefalograma), sugieren una lesión orgánica del cerebro. Describe rasgos de carácter encontrados con frecuencia en los padres de estos niños que son intelectuales con tendencias obsesivas.

Con el nombre de "psicopatía autística", H. Asperger describe un síndrome distinto del de L. Kanner. Aparece hacia los 4-5 años y se caracteriza por un contacto muy perturbado pero posible de forma superficial en niños inteligentes que no aceptan nada de los demás en los cuales la mímica y el gesto están también alterados y las actividades lúdicas estereotipadas. Este síndrome se caracteriza por la ausencia de progresividad, de trastornos del pensamiento y de disociación afectiva. La psicopatía autística de H. Asperger ha sido considerada por W. Spiel como un subgrupo de la psicopatía esquizoide, pero sin relación etiológica con la esquizofrenia. Mientras que delante del autismo de L. Kanner, como señala A. van Krevelen, nos encontramos frente a un muro infranqueable, frente a la psicopatía de H. Asperger no existe sensación de inaccesibilidad: se trata de un niño inteligente que presenta trastornos del contacto y con falta de intuición y de empatía.

C. Burns acepta esta entidad descrita por H. Asperger con el nombre de "psicopatía autística", pero prefiere denominarla "autopatía", ya que considera que este síndrome no es ni autista ni psicopático.

Basándose en conceptos psicoanalíticos, M. Mahler individualiza dos tipos de psicosis infantiles que implican una fijación a las fases que preceden a la de separación-individualización. Así, este autor describe:

- Una psicosis autística primaria que aparece en los niños que no evolucionan más allá de la primera fase.

- Una psicosis simbiótica que aparece en el niño, cuando hace una regresión desde la fase de competición del funcionamiento por separado. Esta autora define esta forma como aquella "en la cual la relación precoz madre-hijo es intensa, pero no progresa hasta alcanzar la afectividad del objeto libidinal de la madre". "La representación mental de la madre permanece o está regresivamente "fusionada con", es decir, no se separa del Ello." Estos niños son particularmente sensibles a las frustraciones y su contacto con la realidad es precario.

Por otra parte, M. Mahler observa que existen niños primariamente simbióticos que pueden regresar todavía más y emplear entonces mecanismos autistas.

Cada año, centenares de publicaciones tratan del problema de las psicosis infantiles, pero las aportaciones son heterogéneas tanto desde el punto de vista del cuadro clínico como de las hipótesis patológicas.

Evolución de la noción de psicosis del niño

El problema nosográfico de la psicosis del niño y sus límites han dado lugar a diversas posturas. Durante muchos años, hasta que Kanner describió el autismo (1943), era utilizado el término de esquizofrenia infantil, y se debe señalar que el mismo L. Kanner incluye el autismo en su capítulo acerca de la esquizofrenia (*Child Psychiatry*, 4.ª ed., 1972). Sin embargo, en 1971, L. Kanner dijo que hacía mucho tiempo que consideraba que el autismo infantil precoz era diferente de la esquizofrenia, llevando el libro que reúne sus trabajos el título de "Childhood psychosis". En la Unión Soviética, después de G. Soukarewa, el término de esquizofrenia era utilizado esencialmente para las psicosis del niño. Actualmente, según N. Rollins, existe un desacuerdo sobre la inclusión del autismo de Kanner en la esquizofrenia. En Japón se han adoptado las diversas tendencias americanas. Posteriormente a J. Lutz, los autores de lengua alemana consideraron al principio la esquizofrenia bajo la forma extensiva y el autismo en el sentido "bleuleriano" típico; ulteriormente insistieron sobre las formas del autismo de Kanner (H. Asperger, W. Spiel, Bosch, D. Weber, etc.) y tomaron en consideración de manera particular una forma de psicopatía autista descrita por H. Asperger. En 1957, G. Heuyer dio la siguiente definición de la psicosis del niño: "una psicosis

crónica no demencial primitivamente, caracterizada por una pérdida de contacto con la realidad y por la constitución de una organización autista, marcada por fenómenos específicos de regresión y traducida por la disociación".

En una reunión británica de trabajo (*British Working Party*, presidida por M. Creak, 1961) se definió un cierto número de criterios que deberían tenerse en cuenta a la hora de establecer el cuadro de la psicosis del niño:

- alteración importante y sostenida de las relaciones emotivas con los demás;
- desconocimiento manifiesto de su propia identidad, teniendo en cuenta la edad del sujeto; se podría añadir, con B. A. Ruttenberg (1971), trastornos de la imagen corporal, del dominio corporal y de la conciencia del cuerpo;
- preocupaciones patológicas por objetos particulares o algunas de sus características, sin ninguna relación con el uso convencional de los mismos;
- resistencia encarnizada a cualquier cambio del entorno, luchando para mantenerlo constante;
- experiencia perceptiva anormal (en ausencia de toda anomalía orgánica detectable);
- ansiedad frecuente, aguda, excesiva y aparentemente ilógica;
- lenguaje perdido, nunca adquirido, o sin desarrollarse más allá de un cierto nivel que corresponde siempre al de una edad inferior;
- deformación de los comportamientos motores;
- fondo de retraso sobre el que pueden aparecer islotes de funciones intelectuales o de habilidad manual próximas a las normales o incluso excepcionales.

El término de psicosis infantil es empleado por los autores franceses (R. Diatkine, C. Stein, 1958; R. Misès, 1968, etc.), con una diferenciación entre psicosis precoces y psicosis más tardías.

La mayor parte de los autores americanos utilizaron el término de psicosis de la infancia (desde las desorganizaciones precoces a las desorganizaciones más tardías) a partir de las recomendaciones de la *American Psychiatric Association on Diagnostic Classification in Child Psychiatry* (1964). Por el contrario, el manual de diagnóstico y estadísticas, 2.ª ed. (1968), recomienda el término de "esquizofrenia de la infancia". Autores tales como L. Bender (1971), W. Goldfarb (1969) utilizan también el término de "esquizofrenia de la infancia" de una manera generalmente considerada como demasiado extensiva.

En la primera edición de este manual (1970), hemos considerado que las psicosis del niño podían ser definidas como un trastorno de la personalidad dependiente de un trastorno de la organización del Yo y de la relación del niño con el medio ambiente que se caracteriza por:

- un comportamiento inapropiado de cara a la realidad: retirada de tipo autista o fragmentación del campo de lo real;
- una restricción de las posibilidades de utilización de los objetos;
- investimentos cognitivos, afectivos y de la actividad, insuficientes o parcialmente exagerados, demasiado focalizados, o desparramados, causando comportamientos hiperrígidos o no consistentes;
- una vida fantasmática pobre, o del tipo mágico-alucinatorio, limitada a la realidad;
- una actitud demasiado abstracta o demasiado concreta, constreñida, limitando la movilidad del campo del pensamiento y de la acción;
- una comunicación restringida o distorsionada tanto en el plano de los intercambios verbales como de los intercambios emocionales y afectivos;
- una relación inadecuada con los demás.

Los casos conforme a los cuales dábamos esta definición correspondían a psicosis precoces, entre las que probablemente había un cierto número de estados deficitarios.

M. Creak (1964), M. Rutter en distintas ocasiones, (1967, 1971), I. Kolvin (1971) criticaron los criterios de la *British Working Party*, subrayando las diferencias de interpretación y una cierta ambigüedad inherente. Para M. Rutter, partiendo de una comparación de niños psicóticos con un grupo de control, sólo dos ítems estaban presentes en todos los niños psicóticos: las relaciones interpersonales anormales y el retraso del lenguaje. Algunos otros tipos de comportamiento eran particularmente característicos de los niños psicóticos, pero no aparecían exclusivamente en ellos. Llegó a la conclusión de que las diferencias entre los grupos residían, en gran parte, en la forma de los síntomas y, hasta un cierto punto, en su gravedad. Un cierto número de estas críticas continúa siendo válido para la definición que habíamos dado nosotros.

L. Eisenberg (1957) ya había hecho una diferenciación en el cuadro denominado esquizofrénico; partiendo de las diferentes terminologías empleadas para las psicosis, E. J. Anthony (1958) propuso: un grupo I con un comienzo precoz y una evolución lenta, que comprendía el síndrome de Kanner, el "seudodeficiente" de L. Bender y la "forma sin comienzo" de J. L. Despert; un grupo II, de 3 a 5 años, con una evolución aguda seguida de regresión, que comprendía la enfermedad de Heller, las demencias de De Sanctis y de Weygandt, el seudoneurótico de L. Bender, la "forma de comienzo agudo" de J. L. Despert y la psicosis simbiótica de M. S. Mahler; un grupo III de comienzo tardío y curso fluctuante subagudo que comprendía el seudopsicótico de L. Bender.

K. Makita (1964) distingue un autismo esquizofrénico (en el que integra el autismo infantil de Kanner, el síndrome simbiótico de Mahler y otros tipos de esquizofrenia del niño) del pseudoautismo no esquizofrénico; piensa que la similitud de este último síndrome y de la esquizofrenia es superficial y que una observación profunda permite distinguirlo de ella. Para K. Makita, mientras que los niños autistas no "quieren" tener relaciones humanas con los otros, los niños pseudoautistas no "pueden" tenerlas. Los niños autistas parecen tener capacidad potencial de una relación con los demás la cual llega a manifestarse bastante a menudo cuando se encuentran en una situación de urgencia, mientras que los pseudoautistas no tienen esta capacidad. El citado autor incluye en el cuadro del pseudoautismo algunos de los casos estudiados por D. A. van Krevelen (en los cuales la incapacidad de relaciones con los demás proviene de una alteración cerebral orgánica y que responde, por consiguiente, a una causa somatogénica) y un caso de una alteración cerebral orgánica que responde a los habituales mecanismos de defensa neuróticos.

Partiendo de los estudios de L. Eisenberg (1957), de E. J. Anthony (1958, 1962), de B. Rimland (1964) y de los suyos, M. Rutter (1967) llegó a la conclusión de que la distinción más clara entre las psicosis de la infancia es la que se hace entre el síndrome de Kanner, que comienza durante los primeros años, y los trastornos que aparecen tarde en la infancia, similares a la esquizofrenia del adulto. Las principales diferencias, aparte de la edad de comienzo, comprenden: 1) el bajo porcentaje de esquizofrenia en el parentesco de los niños que tienen una psicosis de comienzo precoz, comparado con la elevada incidencia en las familias de niños esquizofrénicos de comienzo tardío; 2) el nivel socioeconómico elevado de los padres de niños con comienzo precoz, comparado con el nivel más modesto de los padres de los niños esquizofrénicos con comienzo tardío; 3) diferencias en el *pattern* de las funciones cognitivas; 4) diferencias en la evolución: en el niño esquizofrénico pueden desarrollarse alucinaciones e ideas delirantes, mientras que en el niño que tiene una psicosis de comienzo precoz se desarrollan muy raramente.

I. Kolvin (1971) da criterios de clasificación bastante similares a los de M. Rutter. Sin embargo, L. Bender (1971) piensa además que la esquizofrenia es unitaria, hereditaria y que vemos las formas "descompensadas" de ella.

R. Misès y M. Moniot (1970) distinguen las psicosis precoces (psicosis autistas, psicosis de expresión deficitaria, distorsiones psicóticas de la personalidad), las psicosis del período de latencia y las psicosis agudas.

Se encontrará una discusión crítica de la terminología y de la nosología en el artículo de M. Rutter (1972).

Las tendencias que parecen desprenderse actualmente son las siguientes: se emplea mucho menos el término de esquizofrenia para los síndromes precoces; se reconoce el autismo de Kanner como una entidad rara dentro del autismo precoz, en el más amplio sentido del término; las formas entre los 3 y los 5 años son difíciles de clasificar, al sobrevenir algunas a consecuencias de un síndrome encefálico; la mayor parte de los autores consideran que las psicosis adoptan desde el período de latencia, características clínicas para unos, mientras que para los otros adopta incluso características etiopatogénicas que se acercan a la esquizofrenia del adulto. Un problema queda relativamente confuso: el de las relaciones entre el retraso mental y las psicosis infantiles.

Si queremos progresar en el conocimiento de la patogenia de las psicosis del niño, nos interesa distinguir, de momento, cada una de estas formas y tratar de incluirlas

en el cuadro de la problemática madurativa y funcional de su edad, confrontándolas con los problemas del entorno que les son propios. Ni la historia, ni la organización funcional entre los 5 y los 10 años, harán de un autismo de Kanner el equivalente de una psicosis de aparición más tardía.

Así pues, describiremos separadamente el autismo de Kanner y otros tipos de autismo precoz por una parte, y las formas tardías por otra.

II. — ESTUDIO CLÍNICO

I. — TRASTORNOS PSICÓTICOS PRECOCES

1.º Autismo precoz de Kanner

E. Bleuler introdujo (en 1911) el término de "autismo" para designar la pérdida de contacto con la realidad acarreado, como consecuencia, una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás.

A partir de la descripción de L. Kanner se desprende la noción de un autismo precoz dotado de las particularidades que le son propias, pero sabemos que si nos atenemos a la descripción de L. Kanner, estos casos son raros.

Epidemiología. — Varios estudios británicos realizados en la década de los 60 (M. Rutter, V. Lotter) y el de B. H. Brask (1967) obtuvieron porcentajes del orden de 4/10.000 para el autismo infantil en el sentido amplio o para las psicosis del niño; el de V. Lotter precisaba un 2,1/10.000 para niños que muestran el comportamiento más próximo al síndrome de Kanner. D. A. Treffert (USA, 1970), obtiene el 0,7/10.000 para el autismo infantil "clásico"; un estudio en una isla japonesa (1972) da el 0,36/10.000 casos de autismo referido a las regiones urbanas y el 0,24/10.000 a las regiones rurales, lo que correspondería, según los autores, a una incidencia real de 0,52/10.000. El predominio de los niños, según las investigaciones, varía de 2,5 a 4,3 niños por niña. En cuanto al nivel sociocultural, ya L. Kanner pone de relieve (en la descripción de su síndrome) la existencia de un gran número de intelectuales, de personalidades obsesivas, hiperracionales, que evitan todo contacto efusivo, en la familia de los niños autistas. Según él, la correlación con actitudes familiares es más elevada y más constante que con la herencia, la constitución somática, los trastornos del metabolismo, etc. Después del estudio de 100 historias de autismo infantil, L. Eisenberg encuentra en el 85% de los casos el tipo de padre descrito por L. Kanner: intelectual, desinteresado, sin humor, rígido, con una actitud mecánica en la educación de los niños.

B. Rimland no admite que los padres de los niños autistas sean padres anormales o mal adaptados e insiste sobre la escasa frecuencia de las enfermedades mentales en los padres y abuelos, la escasez de los divorcios, el escaso número de anormales entre los hermanos y hermanas de los niños autistas, así como el gran éxito profesional de los padres. Se encuentra una fuerte proporción de niños judíos y de padres que pertenecen a profesiones liberales. Por otra parte, subraya que hay un gran parecido entre las características de los niños bien dotados y de los niños autistas, a lo que él llama la paradoja de la inteligencia.

Según el análisis de sus casos, B. Bettelheim no puede confirmar los puntos de vista de B. Rimland sin, por otra parte, invalidarlos con certeza.

Haciendo una revisión de la literatura sobre los estudios epidemiológicos, así como una investigación personal, E. R. Ritvo y cols. (1971) se hallan en contradicción con la afirmación de B. Rimland.

Descripción clínica. — Este síndrome es más frecuente en los niños que en las niñas. Aparece generalmente en familias de nivel profesional elevado y de inteligencia

superior. Según L. Kanner, los padres tendrían, por otra parte, características particulares de la personalidad. Sin embargo, A. H. Chapman y H. Bruch han encontrado este síndrome en familias no intelectuales.

Describiremos el cuadro clínico de este autismo infantil en función de las aportaciones de L. Kanner, de B. Rimland y de nuestra propia experiencia.

El niño, de apariencia normal en el momento del nacimiento, es a veces despierto y de gran vitalidad, otras veces apático y llorón. Sólo hasta el cuarto o el octavo mes se observa en estos niños la ausencia de los movimientos anticipadores habituales antes de ser cogidos en brazos y de las aproximaciones al cuerpo para adaptarse a la persona que lo sostiene. Por otra parte, se manifiestan "hábitos motores" importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás; progresivamente se encierra cada vez más en juegos ritualizados. En este momento, los padres empiezan a inquietarse por el comportamiento de su hijo, de su falta de reacciones frente a los acontecimientos que se producen a su alrededor, de su falta de valoración social del mundo que le rodea. Sin embargo, su retraimiento en un mundo interior no significa desconocimiento de una determinada realidad (realidad interna en unos casos y externa en otros), sino que está polarizada y cargada afectivamente o simbolizada fuera del campo de las múltiples posibilidades de utilización social.

Estos niños presentan una *forma especial de conducta con las cosas y con las personas*. Se ha dicho que el niño autista vive en un mundo de objetos, que utiliza de forma estereotipada. Aunque a veces explora el mundo que le rodea, es con la finalidad de fijarse en objetos o en grupos de objetos definidos, de apropiárselos, de manejarlos, sin ninguna actividad constructiva real. Aunque reconoce el carácter formal de los objetos, los elige y los encuentra fácilmente, éstos no tienen un valor social significativo. Los que él elige son bien objetos simples con los que se recrea haciéndolos desaparecer y reaparecer o destruyéndolos, o bien objetos mecánicos hacia los cuales se siente atraído: aspirador, interruptor, grifo, o bien determinadas imágenes que colecciona. Cuando los manipula, no da la impresión de que los objetos tengan un carácter de cosa exterior y se ha dicho que el objeto aparentemente externo es un *self objet* (M. Fordham). Aunque parece interesarse en los movimientos que produce y en los ruidos que desencadena, reacciona poco a los movimientos o a las reacciones del mundo animado. Las relaciones del niño autista con las personas son muy particulares. No le dirige ninguna *mirada de interés*, pasa por su lado sin intentar establecer una comunicación; las relaciones que puede a veces establecer son fragmentarias; elige a su compañero, pero no espera nada de él, ni comparte, ni intercambia. No muestra ninguna reacción frente a la desaparición de los padres y parece que los ignora. No participa en ningún juego colectivo con otros niños.

Aunque al niño autista no le gustan los contactos epidérmicos, sin embargo, participa a veces en juegos cuerpo a cuerpo con el adulto, pero de una forma agresiva de la que no llega a medir las consecuencias destructivas. En relación con su cuerpo, efectúa pocas actividades exploratorias aunque puede interesarse en determinados fragmentos corporales; así, por ejemplo, encuentra una satisfacción en la *movilización estereotipada* de su mano. Es indiferente frente a su imagen en el espejo, excepto a veces cuando ésta se mueve. La exploración de los demás es también poco importante y el rostro no llama particularmente su atención. Una de las características de estos niños es su *preocupación obsesiva* por lo idéntico o lo inmutable (*sameness* de L. Kanner), es decir intentan siempre preservar determinados ambientes, determinados tipos de situación o determinados desarrollos de acciones. Encon-

tramos así el rechazo de cambio de vestido, rituales al acostarse a menudo largos y elaborados, extravagancias alimenticias, elección de un solo tipo de alimento, de determinados recipientes, de ciertos utensilios o de un determinado tipo de presentación de los platos que se le ofrecen.

Aunque, en general, estos niños son buenos y dulces, dóciles y fáciles de dirigir, y sólo salen de su pasividad cuando se entorpece su actividad monótona y estereotipada, en algunos casos, pueden ser rebeldes y agitados, y en otros estar en constante movimiento y tocándolo todo, dando vueltas sin cesar en un mundo que sólo asimilan de forma parcial y del que no utilizan las posibilidades que le ofrece. No hay motivos para oponer, en lo que se refiere al autismo, al niño hipocinético en apariencia con el niño hipercinético. Ninguno de los dos tiene un contacto real con la realidad que le rodea. Sin embargo, ambos pueden presentar brotes impulsivos durante los cuales rompen los objetos, los tiran y tienen determinados tipos de actividad autoagresiva. Aunque el niño que está replegado sobre sí mismo y no busca en absoluto la comunicación con los otros niños o las otras personas tiene pocas reacciones heteroagresivas mientras que no se le moleste en sus ocupaciones personales, el niño hipercinético encuentra en sus desplazamientos sucesivos a personas y a objetos hacia los cuales puede mostrar una cierta hostilidad en la misma medida en que éstos limitan su movilidad. Sin embargo, ambos pueden presentar brotes de angustia intensa, el hipocinético en su propia soledad y el hipercinético cuando sale de su ambiente habitual. En este caso, el primero puede aumentar su retraimiento, y el segundo buscar ayuda, generalmente en personas no específicas del grupo.

El campo de exploración de estos niños está generalmente reducido al espacio inmediato, pero a veces, durante sus desplazamientos, buscan objetos particulares, por ejemplo interruptores que quieren manipular o llaves que quieren utilizar (véase *Los niños mecánicos*, de B. Bettelheim).

Lo que llama la atención en estos niños es el contraste entre su actividad y su conducta particular, y su rendimiento en algunos terrenos. Desde una edad muy precoz se observan sus facilidades por las pruebas de ajustar objetos, su capacidad de ordenación de los objetos o de las formas en tamaños decrecientes, su posibilidad de agrupar los objetos por su forma y, posteriormente, determinadas capacidades constructivas, su percepción detallada aunque a veces demasiado focalizada, una determinada planificación en un campo restringido que puede perturbar, sin embargo, las planificaciones de conjunto debido a su necesidad de inmutabilidad, capacidades de retención mnésica a menudo extraordinarias, generalmente especializadas (retención de cifras, retención de un idioma extranjero) y capacidades musicales. Algunos de los denominados "idiotas-sabios" (calculadores de fechas, etc.), seres cuya conducta es extraña pero que tienen capacidades especiales en el cálculo, la mecánica y memorizadores del diccionario o de las listas telefónicas son probablemente antiguos autistas.

Aparte de lo que L. Kanner denomina un buen potencial cognitivo pero con realizaciones demasiado aisladas, todos los autores insisten sobre sus buenas capacidades motoras y manuales, sus movimientos delicados y rápidos y su coordinación motriz sutil.

Los *trastornos del lenguaje*, como indicó desde el principio L. Kanner, forman parte de la sintomatología del autismo infantil y su estudio permite incluso realizar un pronóstico sobre el futuro de la personalidad del niño autista. La gravedad de estos trastornos varía según los casos, puede ocurrir que el lenguaje no se desarrolle, que aparezca precozmente pero sea poco comunicativo, o que aparezca con retraso más o menos alterado y pobre.

Estos niños sin lenguaje se diagnostican a menudo de sordera, y generalmente los exámenes de laboratorio no permiten, aisladamente, descartarla. Por otra parte, sabemos que los niños hipoacústicos o sordos no tienen todos la misma actitud frente a su enfermedad. Aunque algunos sujetos sordos congénitos o de forma precoz manifiestan una gran apetencia por la comunicación, puede suceder que otros tengan reacciones de aislamiento o de depresión que les asemejen a los niños autistas. Sin embargo, en los niños autistas se encuentran conductas paradójicas. El observador se sorprende a veces por la ausencia de reacciones frente a los ruidos violentos que contrasta con la atención que puede manifestarse frente a los ruidos ligeros. La indiferencia de estos niños frente al ruido debe comprenderse en el contexto del conjunto de su comportamiento.

M. A. Cunningham y C. Dixon han grabado las producciones verbales de un niño autista de 7 años en una situación estándar parecida a la empleada por Sampson y D. McCarthy en su estudio del desarrollo del lenguaje en niños normales. Estos autores encuentran que el lenguaje de este niño se parece cuantitativamente al de un niño normal de 24 a 30 meses, pero que en otros aspectos presenta un nivel de desarrollo mucho menor: lenguaje más monótono, mayor repetición de las frases, mayor frecuencia de frases incompletas, menor aporte de informaciones y empleo más frecuente de un lenguaje egocéntrico.

L. Kanner (1946 y 1951) ha descrito las características particulares del lenguaje del niño autista. De forma llamativa y constante, faltan las palabras "yo" y "sí" generalmente hasta el sexto o séptimo año. "Vosotros" o "tú" se emplean en lugar de "yo" (inversión pronominal). "Sí" es indicado repitiendo la pregunta (afirmación por repetición). Un ejemplo de "sustitución metafórica" es el constituido por el niño que empleaba la frase "no (ne) arrojé el perro por el balcón" en lugar de "no" (non) (su madre había empleado esta frase mucho tiempo antes para disuadirlo de que dejara caer un perro de juguete por el balcón de una estación). La transferencia de significado por analogía, por generalización (el todo por la parte) o por restricción (la parte por el todo), como la del niño que empleaba la expresión "golpear la cabeza" como petición de consuelo, incluso si era una mano o una rodilla lo que enseñaba para su cuidado. La "literalidad", como la del niño para el que "abajo" significaba "el suelo". Finalmente, "la ecolalia diferida", repetición simple de una expresión o una frase generalmente fuera del contexto y sin finalidad aparente, por ejemplo, la repetición continua de anuncios publicitarios de la radio o de la televisión (G. Arnold). Uno de los niños que nosotros hemos examinado, repetía sin cesar para expresar diversos deseos, "buenos días, Guillermo". Para G. Bosch, lo que nosotros tomamos por una inversión pronominal es debido al hecho de que el niño elabora el lenguaje sin el "yo"; es una tentativa de perfilar el "yo" en calidad de palabra y concepto. No solamente es la ausencia de "yo" y su sustitución por "él", sino también el giro general de la frase los que hacen que el niño no parezca expresar una petición directa y mucho menos una petición dirigida a otra persona. Dicho autor considera además que existe en general una insuficiencia o un bloqueo de las formas de lenguaje relativas a "tener" y "hacer".

Según S. Wolff y S. Chess, uno de los rasgos más llamativos de los trastornos del lenguaje es la repetición, que puede tomar la forma de propósitos no verbales —lenguaje no comunicativo repetitivo— o bien la forma de repeticiones comunicativas. Un comportamiento repetitivo sin finalidad aparente más allá de la propia actividad puede interpretarse como una persistencia en la vida ulterior de modelos de comportamiento normales en un estadio del desarrollo muy anterior y aparte del nivel general del desarrollo del niño. Otro tipo de comportamiento repetitivo puede ser la

repetición exacta de secuencias de comportamiento sin que se adapten a las situaciones ambientales variables. Otras veces puede tratarse de una repetición exacta en algo que el niño ha oído en una situación anterior, vagamente similar.

En el trabajo que hemos publicado con R. Diatkine y D. Kalmanson, hemos encontrado algunos trastornos de lenguaje que nos parecen también bastante característicos del autismo infantil. Se trata de melodías rítmicas que no tienen sentido, pero que poseen a menudo un carácter expresivo similar a un lenguaje, idioglosias que, durante la evolución, unen una palabra adquirida recientemente al término idióglósico, alteración de júbilo del lenguaje con unión de palabras por asonancia, condensación de palabras con aquellas de que proceden (*allumière* por *allumette*), duplicación o triplicación de consonantes y vocales de una palabra. En algunos casos, encontramos un ritual que consiste en cometer errores y rectificarlos, o bien en utilizar un lenguaje cifrado, un código para designar personas, utilizando para ello, por ejemplo, una fecha de nacimiento. Otras veces el niño se divierte aprendiendo una lengua muerta o utilizando lenguas vivas desconocidas por el interlocutor, o que sirven de vía de comunicación transitoria cuando esta lengua es conocida.

Aparte del lenguaje oral, a veces el niño puede comunicarse con los demás mediante ritos que cambian con el tiempo, ya sea mediante cifras o mediante el dibujo de figuras geométricas que tienen para él un valor en el contexto de los mecanismos de defensa que le permiten anular o destruir símbolos que tienen un carácter de permanencia. Así, uno de nuestros niños dibuja series de estrellas o de polígonos acompañados de una letanía monócorde: "una estrella de 11 brazos es una estrella de 10 brazos que tiene un brazo más", etc., o en sentido descendente: "un hexágono es un heptágono que tiene un lado menos", etc. En las series descendentes, no sobrepasa de la estrella de 4 brazos, pero cuando llega al triángulo está muy inquieto, y dice: "un triángulo con un lado menos no existe".

Se ha señalado que algunos niños autistas son capaces de leer en voz alta sin tener una comprensión aparente del significado de las palabras (L. Kanner, C. Benda), y que otros escriben pero no hablan (G. Arnold), como si descargasen afectivamente el lenguaje oral para valorarlo como pictografía a expensas de su valor comunicativo. Esta discordancia sólo puede explicarse en el contexto de la personalidad autista. Así, uno de nuestros enfermos que parece presentar una deficiente comprensión del lenguaje y que, a los 5 años, no comprende algunas consignas del nivel de 3 años, empieza a aprender el lenguaje leyendo las letras, aprende con gran rapidez las cifras que forman su primer vocabulario y después aparecen palabras de dos a tres sílabas y verbos. Aunque apenas habla, cuenta hasta millones, suma sin equivocarse nunca y visualiza antes todo lo que puede ser contado. A los 5 años, conoce muchas formas geométricas de las más complejas, resta, multiplica y divide. Ocupa sus días en actividades gráficas y por este camino adquiere el lenguaje hablado.

Algunos autores confieren a la evolución del lenguaje un valor pronóstico en relación con la adaptación posterior. L. Eisenberg, estudiando 63 casos (diagnosticados diez años antes de autismo por L. Kanner), encuentra que 31 casos no tenían un lenguaje inteligible a los 5 años de edad. Entre éstos, no han podido realizar la menor adaptación social y sólo uno ha hecho algunos progresos. De los 32 que a la misma edad hablaban, 3 se han adaptado relativamente, aunque presentan un carácter psicótico, 13 de forma mediocre y 16 presentan una evolución muy desfavorable.

Estos resultados pueden aceptarse con algunos reparos sobre el pronóstico. Es probable que el pronóstico del autismo sea desfavorable en un niño que no ha

adquirido el lenguaje a pesar de haber realizado una reeducación y una psicoterapia, pero, recíprocamente, no puede decirse que el hecho de adquirir pronto el lenguaje, o de hablar más o menos bien antes de los 5 años, permita hacer un pronóstico favorable.

2.º Autismo precoz en el sentido amplio del término

Como señala M. Rutter (1968), el problema de terminología nació del hecho de que la palabra "autismo" ha sido utilizada en la literatura para referirse a un *síndrome* o "enfermedad" (es decir, el descrito por L. Kanner, utilizando el término de "autismo infantil") y a un *síntoma* (es decir, una clase particular de perturbación de las relaciones interpersonales); este autor piensa que no hay una solución completamente satisfactoria para este problema. Podría emplearse el término "psicosis", pero ha sido utilizado para un grupo de trastornos mucho más amplio.

En su estudio epidemiológico sobre el autismo, E. R. Ritvo y cols. (1971) subrayan las diferencias en los métodos de selección de los pacientes e insisten sobre el hecho de que, a pesar de tres décadas de investigación, el autismo continúa siendo una enfermedad idiopática que carece de signos o síntomas patognomónicos. Diferentes teorías se precipitaron para llenar los vacíos y la ignorancia, lo que ha conducido a diferentes criterios clínicos para la valoración y la clasificación. Esto es lo que ha sucedido en realidad con el autismo desde que el síndrome fue descrito por primera vez por L. Kanner. M. K. DeMyer y cols. (1971), que compararon cinco sistemas de diagnóstico diferentes, llegaron a la conclusión de que las personas que trabajan en estrecha colaboración suelen llegar a un acuerdo sobre el diagnóstico. Sin embargo, este acuerdo disminuye considerablemente cuando "diagnosticadores" sin retroacción constante comparan sus diagnósticos, incluso utilizándose sistemas relativamente estructurados y estandarizados.

En 1962, L. Kanner observaba que entre los niños que le eran enviados como "autistas", sólo lo eran de verdad alrededor del 10%. El material casuístico acumulado sobre más de 2.000 niños psicóticos de diversos países ha sido analizado según el cuestionario forma E2 de B. Rimland y confirmó la estimación de L. Kanner, mostrando que solamente el 9,7% de los niños presentaban autismo infantil precoz; los otros son denominados niños "de tipo autista" por B. Rimland (1971) para el cual el autismo infantil precoz es una entidad clínica y no un simple sinónimo de psicosis de la infancia.

Como ya hemos dicho, el autismo típico de Kanner es raro; sin embargo, pueden ser autistas niños que no presentan el cuadro de Kanner. Algunos autores, como B. Rank y S. A. Szurek, describen formas muy ampliadas de autismo haciendo entrar en este cuadro un gran número de trastornos emocionales que se apartan mucho de la sintomatología autista, puesto que no es suficiente que existan dificultades de contacto para que sean incluidos en este cuadro. Otros autores, como S. Chess (1971), hablan de "autismo parcial" de una manera poco definida. Hemos visto que K. Makita establece la diferencia entre autismo y pseudoautismo.

Otra forma de solucionar el problema es la creación de numerosos subgrupos. Por ejemplo, F. J. Menolascino (1965) piensa que la noción que se tiene del autismo es demasiado unívoca; él describe, por su parte, ocho subgrupos de etiología diferente. A esta subdivisión ampliada puede oponerse la noción de continuum, defendido tanto por E. J. Anthony (1967) como por E. Schopler (1971). Este último propone establecer una escala porque en la mayor parte de las descripciones no se tiene en

cuenta el grado de desorganización de las diversas funciones. De ello se deduce la posibilidad de admitir diferentes formas según la edad en que aparecen, según sean primarias o secundarias, según la importancia cuantitativa de la desorganización, según las actitudes del contorno, ya que pueden adoptar características cualitativas diferentes para cada momento de la evolución. El problema de la organicidad o de la no organicidad nos parece importante, aunque tan sólo sea desde un punto de vista heurístico y de profundización de las investigaciones biológicas, pero la separación en formas orgánicas y no orgánicas, según apreciaciones neurológicas frecuentemente aproximativas, puede crear una confusión. Los modelos de disfuncionamiento pueden ser parecidos sin que ello implique necesariamente una diferenciación entre lo lesional y lo funcional. Cuando aparece un modo de expresión funcional, puede persistir adoptando el aspecto sintomatológico de ciertas desorganizaciones lesionales.

En el estado actual de nuestro conocimiento, esquemáticamente retendremos además del síndrome de L. Kanner, dos formas que son parte integrante de un amplio abanico de agrupamientos denominados autistas: las formas deficitarias y las formas con distorsión de la personalidad.

a) Formas deficitarias

Estas formas ya fueron estudiadas en el capítulo "Retraso mental", pero las volveremos a tratar aquí de un modo esquemático.

Para E. J. Anthony (1962), la psicosis infantil de bajo nivel puede definirse a grosso modo como la aparición en el individuo de elementos psicósomáticos en conjunción con una inteligencia inferior a un C. I. de 50 en los tests estándares. En la mayoría de los casos, la psicosis de bajo nivel puede diferenciarse clínicamente de la demencia de bajo nivel, aunque no es fácil conceptualizar las diferencias. B. Hermelin y N. O'Connor (1970) abordaron el problema citándose al estudio de la percepción, del lenguaje y de las reacciones, comparándolos con niños retrasados mentales (mongólicos y no mongólicos); según ellos, los resultados con los niños autistas apoyan la hipótesis de que los receptores proximales tienden a tratar el mensaje de la información partiendo del movimiento inducido y activo.

E. J. Anthony distingue varias entidades clínicas:

— Un tipo "emergente" de psicosis, con una elevación gradual del C. I. y C. S. (cociente social), aunque la del C. S., se retrasa respecto de la del C. I. En los tests, estos casos de autismo primario presentan un nivel deficiente bajo cuando los vemos por primera vez en la primera infancia. Sin embargo, a los 5 o 6 años, pueden comenzar a hablar de manera cada vez más personal y comunicativa. La ecolalia y las referencias a sí mismo en tercera persona desaparecen gradualmente, pudiendo ser reemplazadas por preguntas y denominaciones compulsivas y, más tarde, por preocupaciones rumiativas. Aumenta la capacidad de intercambio y puede establecerse una sostenida relación con ciertas figuras-clave. Algunos autores describen esta mejoría como la transición del autismo a la simbiosis.

— Un tipo regresivo, deteriorante, de psicosis, con una caída del C. I. que alcanza rápida o gradualmente un nivel bajo de retraso mental. La deterioración psicótica suele sobrevenir en dos estadios críticos del desarrollo: alrededor del tercer y cuarto año más o menos, y entre el séptimo y décimo año. En estas formas se hace constar la existencia de un periodo normal de desarrollo anterior al desarrollo mórbido; sin embargo, en un análisis riguroso, la fase normal no parece tan normal; puede caracterizarse por una hipersensibilidad excesiva, una hiperactividad excesiva, efectos este-

reotipados y leves rasgos obsesivos. El problema se complica todavía más porque se depende de las informaciones de los padres. Mantener constante la información materna de ningún modo impide grandes variaciones en la historia obtenida en diferentes estadios del desarrollo del niño.

— El *tipo estático* en el que el C. I. bajo se mantiene inalterado durante muchos años. Hay dos subgrupos en este caso: un subgrupo pseudosuficiente, en el que los tests muestran una gran dispersión con algunas cotas, y un subgrupo deficiente auténtico de Weygandt en el que la psicosis se superpone a una base de deficiencia mental. Cuando se produce esta última eventualidad, muchas veces es precedida por una caída del C. S.

— El *tipo simbiótico* en el que el C. I. varía con el tiempo y según el examinador. Las respuestas inestables del niño dependen de las relaciones vacías o muy cercanas que se establecen con el examinador. Cuando la relación simbiótica se transfiere al examinador, el C. I. tiende a ascender; cuando la relación se rompe, el C. I. tiende a descender.

Para S. L. Lang (1971), en la inmensa mayoría de los casos, se trata de estructuras primitivas, precoces o tardías, que se manifiestan en forma mixta de golpe o disociada en el tiempo, y no de "complicaciones" o de "injertos". Por otra parte, subraya la necesidad de distinguir una perspectiva estática (el terreno, el antecedente, el suceso), una perspectiva genética (sucesión en el tiempo de estadios psicobiológicos e historia del sujeto) y una perspectiva dinámica (esencialmente conflictiva o histórica). Es necesario descubrir en cada cuadro clínico un síndrome deficitario ligado al retraso de la maduración de las funciones (de origen orgánico, funcional o psicógeno), un síndrome relacional y un síndrome funcional. Estas tres formas de abordaje complementarias, pero que deben permanecer relativamente independientes, tienen relación con los procesos de maduración, con los fenómenos de aprendizaje y con el desarrollo libidinal.

El diagnóstico de retraso-psicosis, para determinados niños no producen perplejidad muchas veces; los autores según su distinta orientación pueden inclinarse hacia uno u otro de los polos. Por otra parte la sintomatología puede ser equivalente en ciertos momentos de la evolución. Desde un punto de vista práctico, nuestra finalidad no es diferenciar en extremo estos dos polos, cuya forma de estructurarse depende de numerosos parámetros (edad, reactividad del entorno, momentos conflictivos), sino de intuir por qué vía podemos obtener modificaciones. Los mejores resultados son obtenidos por reeducadores con el apelativo de ingenuos que creen en la plasticidad del niño y que actúan regresando y progresando con él.

b) Distorsiones precoces de la personalidad

R. Misès y M. Moniot describen distorsiones precoces de la personalidad, que se caracterizan por la reducción y la electividad de los intercambios y la incapacidad de los niños para comunicarse de forma adaptada con los demás, que se diferencian del autismo (en el sentido de Kanner) por su manifestación más tardía, por el carácter menos pasivo del retiro, coexistiendo con mecanismos complejos que permiten mantener el contacto con los demás, incluso cuando este contacto se realiza de un modo patológico intermitente. Dichas distorsiones se diferencian igualmente de las psicosis con vertiente deficitaria, porque al principio el grado de déficit fijado es despreciable, discutible o limitado a la esfera funcional (lenguaje y psicomotricidad). Estamos de acuerdo con R. Misès y M. Moniot en que los trastornos de la esfera

funcional, tanto el lenguaje como la psicomotricidad, se desarrollan según dos modalidades evolutivas: en la primera, la discordancia se afirma inmediatamente en el instrumento, que es objeto de modelado y, sobre todo, de una utilización particular; en la segunda, las perturbaciones significativas se expresan por el instrumento.

Hemos de señalar la importancia que M. Rutter y D. Weber conceden a estos trastornos de la esfera funcional. Sabemos que para M. Rutter el trastorno central del lenguaje constituye el handicap de base, en comparación con el cual los otros síntomas se consideran secundarios, mientras que para D. Weber, el autismo infantil precoz se origina en una perturbación sensorial central que se manifiesta de modo primario bajo la forma de "agnosia visual" para el rostro humano, de "apraxia" y de "disfasia". Nuestros estudios sobre los sordomudos y los disfásicos (véase capítulo *Lenguaje*) nos mostraron la existencia de frecuentes trastornos de la personalidad y, en uno de los casos, muy extraño cuando niño, apareció un verdadero síndrome paranoide a la edad de 20 años, pero no es lo corriente en todos los sordomudos. Se plantea el mismo problema en relación con las dispraxias (véase capítulo *Psicomotricidad*). Señalemos que, además de los déficit funcionales, R. Misès y M. Moniot distinguen, desde el punto de vista del humor y del carácter, una forma con inhibición grave y otra con excitación psíquica. La ansiedad es corriente y se hace constar así mismo la sintomatología de la serie fóbica y obsesiva.

Pero algunos autores incluyen, en el marco de las psicosis precoces, formas de aparición más tardía que el autismo de Kanner, correspondiendo una parte del cuadro a *formas regresivas precoces*, es decir, aquellas cuya sintomatología surgió después de un período de aparente normalidad. Algunas de estas formas denominadas regresivas pueden corresponder de hecho al desconocimiento de un primer desarrollo trastornado. Pero se dan casos de niños en los cuales el primer desarrollo parecía dentro de los límites de la evolución infantil correspondiente a su edad (I. Kolvin, 1971).

El comienzo de este síndrome puede ser brusco o progresivo y verse acompañado por trastornos de conducta, angustia o trastornos que pueden entrar en el marco del autismo secundario. Algunos de estos casos se encuentran en el grupo que R. Misès y M. Moniot denominan "distorsiones de la personalidad". E. J. Anthony, M. Rutter e I. Kolvin señalaron la complejidad del problema que plantean; sin entrar en problemas psicopatogénicos, estos autores consideran que dichos trastornos pueden ser originados por lesiones cerebrales. J. L. Lang y V. Shentoub admiten que las desorganizaciones sobrevienen durante períodos "sensibles" del desarrollo, ligados a las relaciones con el exterior. También se podría pensar que estos niños han investido las funciones autónomas del Yo, pero cuando su Yo se coloca en situaciones en las que debe comprometerse de manera precisa, se produce una descompensación regresiva. R. Misès y M. Moniot introducen algunas de estas formas en el marco de las disarmonías evolutivas precoces, a las cuales aproximan, desde el punto de vista patológico, al síndrome simbiótico de M. Mahler.

II. — TRASTORNOS PSICÓTICOS QUE APARECEN EN LA EDAD ESCOLAR

Las desorganizaciones psicóticas aparecen con más frecuencia entre los 5 y 12 años, pero algunos autores establecen una diferencia entre los trastornos que aparecen antes o después de los 10 años (W. Spiel, B. Lechevalier y H. Flavigny); según ellos, estas dos formas parecen ser en parte distintas. Por nuestra parte, no creemos que la edad de 10 años sea necesariamente una línea neta de demarcación.

(Para G. Amado (1969), los estados psicóticos desde los 6 años a la prepubertad comprenden síndromes raros que sólo aparecen en esta edad (algunas "esquizofrenias" verdaderas y algunas psicosis traumáticas, junto a estados demenciales orgánicos). Pero la mayoría de ellos siguen a estados psicóticos anteriores, que se modifican tanto más cuanto menos precoces y profundos fueron.)

Para M. Misès y M. Moniot (1970) aparecen, entre los 3 años y la pubertad, como cuadros clínicos muy similares y frecuentemente difíciles de distinguir sin la referencia a la anamnesis ya sean psicosis que representan modificaciones evolutivas de formas precoces reconocidas anteriormente, sean psicosis que se manifiestan por una ruptura brutal o progresiva de la curva evolutiva. Algunos autores hablan de "psicosis de la fase de latencia"; sin embargo como subraya G. Amado, no hay latencia en los niños psicóticos, del mismo modo que más tarde no habrá un verdadero adulto e, incluso, tampoco habrá adolescencia psicológica en muchos casos.

Muchos autores piensan que en estas edades el cuadro clínico de las psicosis no responde a una patogenia diferente, sino que adopta aspectos particulares según el período cronológico. En psiquiatría general, Clérembault ya había hablado de "ley de la edad".

Algunos autores (E. J. Anthony, B. Rimland, L. Eisenberg, M. Rutter) indican, a título hipotético, que la psicosis de la infancia con comienzo tardío puede estar en relación con las formas adultas de la esquizofrenia. Partiendo del hecho de que la expresión clínica era un tipo particular, se intentó a menudo calcar la descripción de estas formas de las del adulto.

Haciendo un estudio comparativo entre las psicosis infantiles precoces y las psicosis de comienzo tardío I. Kolvin y cols. (1971) encuentran como elemento de diferenciación muy significativo las alucinaciones, como bastante significativo el embotamiento del afecto, la grosería, el trastorno del contenido del pensamiento, y como medianamente discriminativo el bloqueo del pensamiento y de la asociación, la perplejidad y la actitud del sufrimiento. Por otra parte, en estas psicosis de comienzo tardío el cuadro clínico se acerca tanto más al del adulto cuanto la edad es más avanzada.

Desde un punto de vista clinicopatogénico, la arbitrariedad de las descripciones es evidente, porque de hecho los signos y los síntomas pueden ser comprensibles con relación a una historia discretamente evolutiva y sin embargo, ser aparentemente incomprensibles en el sentido de Jasper. En este caso, se puede hablar de "ruptura" entre las psicosis de la edad precoz y las psicosis de la edad escolar, aun cuando en realidad, no se puede dejar de tener en cuenta el hecho de que lo que nosotros describimos es la sintomatología de una determinada edad y que ésta depende del nivel de maduración del funcionamiento del Yo, más o menos bien organizado, siendo las desorganizaciones el fruto de una cierta realidad compensada hasta entonces, pero también de fenómenos accidentales aparecidos en un momento dado de la evolución. De este modo, lo que aparece como un acontecimiento puede ser el resultado de la conjunción de fenómenos antiguos y actuales, como si en estos sujetos existieran en diversas edades, momentos fecundos de desorganización, que para unos, son estructuras completamente nuevas "a-históricas", mientras que para otros la adopción de una nueva forma funcional es ahistórica pero se basó en la historia. Algunos cuadros de apariencia anodina pueden adquirir importancia en el curso de la evolución, razón por la cual el problema capital es saber si, en el caso de que estos sujetos hubieran sido tratados precozmente, no se hubiera podido evitar la desorganización psicótica tardía. Así, la sintomatología es extremadamente compleja y depende del niño. Estudiaremos, esquemáticamente un tipo estándar y otras formas que han sido incluidas en el cuadro de las psicosis del niño, con todo lo que esto implica de formalismo.

1.º Cuadro clínico

El período premórbido no puede estar exento de trastornos: I. Kolvin y cols., ponen de relieve, la preservación de conductas extrañas en el 87% de los casos, (constituyendo los rasgos esquizoides el 58% de los casos). Para G. Amado, la mayoría de los casos descritos de psicosis que se creen aparecidos en esta edad, en realidad constituyen la continuación de estados psicóticos de edades precedentes, que se modifican tanto más cuanto menos precoces y profundos han sido. En el 42% de los casos del grupo de psicosis infantil de comienzo tardío de I. Kolvin, se hacen constar factores precipitantes psicológicos. Para G. Amado, existen "psicosis traumáticas" provocadas por un acontecimiento catastrófico o una serie de shocks o frustraciones iterativas.

La forma de comienzo de estos trastornos es variable: brusco o progresivo. Las formas agudas pueden caracterizarse por accesos excitoansiosos o psicomotrices, o por manifestaciones confusioónicas (pudiendo estar estas últimas en relación con un episodio infeccioso). A veces, estas formas de comienzo agudo se siguen de trastornos psicóticos persistentes. I. Kolvin y cols., aportan cuatro casos (sobre 33) de comienzo relativamente agudo que no presentaban trastornos premórbidos; tratados con fenotiacinas, todos sin excepción pudieron volver a la escuela; al menos inicialmente, uno se comportó normalmente, otro no se deterioró más y los otros dos evolucionaron bastante mal.

Sin embargo, las formas agudas se manifiestan a veces de una manera aislada por lo que a menudo se consideran como reactivas.

La seguridad del comienzo agudo es casi siempre discutible porque depende exclusivamente del juicio de la familia, y nada prueba que un síntoma no existiera antes del día en que la familia se inquietó por él y haya pasado inadvertido. El comienzo se sitúa a veces en la fecha de la hospitalización requerida por la aparición de trastornos muy espectaculares. Como señala J. L. Lang, puede ser difícil poner en evidencia una brusca ruptura en la línea del desarrollo, una "rotura" entre la personalidad anterior y el momento en que aparecen trastornos que el médico o la familia juzgan patológicos.

Generalmente, el inicio es insidioso y progresivo, y se caracteriza por trastornos de la conducta, retraimiento autista, trastornos del humor atípico, etc. Con frecuencia, sólo después de varios años, un niño más o menos bien tolerado en la familia y en la escuela es enviado a la consulta, aunque, sin embargo, ya presentaba trastornos del carácter, personalidad extraña, maniaca, tímida o caprichosa. En realidad, la intervención se hace indispensable debido a que los trastornos son cada vez más molestos a medida que la sociabilidad se deteriora y que aumentan las dificultades escolares.

La importancia de los "factores traumáticos" en el desencadenamiento de estos trastornos ha sido interpretada de varias formas. Muchos autores insisten en el hecho de que este desencadenamiento puede ser más o menos brusco y estar en relación con situaciones inevitables y abrumadoras para el niño. Las causas más frecuentes pueden ser la pérdida de un padre, el nacimiento de un hermano o una hermana, situaciones que pueden provocar pánico de separación y de aniquilación y factores somáticos (enfermedad infecciosa aguda, intervención quirúrgica). G. K. Uschakov cree que desempeña un papel patogénico lo que él denomina la psicogenia prolongada, es decir, una situación psicotraumática prolongada del niño debida a una

atmósfera anormal entre los padres y los miembros de la familia o a la existencia de un hogar incompleto.

Descripción clínica. — Existe un polimorfismo de los cuadros y una importancia más o menos grandes de la sintomatología que vamos a describir.

1.º Trastornos de las relaciones con el exterior y trastornos del comportamiento.

— Se caracterizan por retraimiento del mundo exterior, falta de interés, relaciones superficiales, falta de entusiasmo, de energía y un cierto laconismo en las palabras, una impresión de impenetrabilidad y frialdad. El aislamiento es progresivo, sin sufrimiento. Estos enfermos eluden las diversiones en grupo y sólo encuentran satisfacción en las actividades reducidas focalizadas, generalmente estereotipadas. Existe una reducción o una distorsión de las actividades que puede llegar hasta la apatía y el apragmatismo. Pero no existe resistencia al cambio a pesar de que los fenómenos obsesivos, ritualistas y perseverativos son frecuentes, pero sin diferencia significativa con los que se presentan en las psicosis de comienzo precoz (I. Kolvin y cols. 1971). La ambivalencia afectiva está a menudo en el primer plano; se caracteriza por una actitud contradictoria que oscila entre la frialdad y la demanda excesiva entre la hostilidad y una dependencia muy grande, entre un temor al contacto con los objetos y las personas y una cierta viscosidad; o incluso por una lucha maniquea entre el bien y el mal; las contradicciones se revelan asimismo en los mecanismos de proyección. El análisis de determinadas palabras discordantes o una cierta incoherencia del pensamiento muestran a menudo rasgos de afirmación y de negación conjuntas, así como un síndrome de perplejidad.

Los trastornos de la conducta son constantes. La presentación de estos niños es extraña, debido a una actitud amanerada, a una delicadeza excesiva, casi caricaturesca, o a un pseudocontacto, o bien debido a una actitud inhibida o a un negativismo con comportamiento oposicionista. En el ambiente familiar y social los contactos son generalmente superficiales; su actitud con los padres puede ser discordante, y así una gran dependencia puede ir unida con reacciones agresivas. Las conductas de tipo fóbico son muy frecuentes: miedo a los microbios, a los contactos, miedo a deglutir objetos puntiagudos, a absorber alimentos peligrosos, miedo a la guerra, a las bombas atómicas, temores de tipo sexual que pueden tomar un aspecto casi delirante y cuyo tema puede ser especialmente de tipo homosexual, temor de castración, etc. Las conductas de tipo obsesivo no son raras —conducta ritual, rígida, que se fija progresivamente en modos de conducta estereotipados gestuales o verbales—. Como señala G. K. Uschakov, a las acciones y a las conductas obsesivas se añaden, en un determinado momento, dudas obsesivas, pensamientos que a menudo toman el carácter de una acción y de una vivencia ritual y simbólica compleja. A veces este tipo de conducta adquiere un carácter de extrañeza, de artificialidad, de autonomía, “de automatismo obsesivo”. Estos componentes fóbicos y obsesivos interfieren en las actividades más corrientes —conducta alimenticia, vestidos, juegos, etcétera—, pero generalmente en estos niños se encuentra un contraste entre actitudes temerosas, fóbicas y reacciones agresivas, entre determinada predilección por objetos (coleccionismo) o por animales, y crisis impulsivas de destrucción, agresión y crueldad, entre determinadas ideas de limpieza y de orden y una negligencia del vestido y corporal.

2.º Trastornos del curso del pensamiento. — Se manifiestan en forma de lentitud, falta de fluidez, pensamiento viscoso, disipación del relato, asociaciones extrañas.

despropósitos y dificultades para recibir lo que dicen los demás —el niño puede tener “lagunas” tanto durante la expresión como durante la recepción—. Se queja con frecuencia de dificultades de atención y de retención mnésica, o de una dificultad para asimilar conceptos más o menos abstractos o que necesiten una planificación demasiado definida. Se encuentra una alteración de la asociación del pensamiento y un bloqueo del mismo en un 60% de los casos de I. Kolvin.

Es evidente que las tendencias al aislamiento y los trastornos del curso del pensamiento que presentan estos niños, pueden producir un empobrecimiento considerable de la escolaridad, que generalmente va unida con una pérdida de la iniciativa; sin embargo, en algunos casos, el empobrecimiento no es global y se observan sobre todo discordancias importantes en los resultados; algunos niños incluso parecen tener capacidades excepcionales en algunas facetas —clasificación, cálculo, matemáticas— y se complacen en la abstracción o en un racionalismo mórbido, mientras que otros lo sitúan todo en forma imaginativa o en forma de problemas metafísicos.

3.º Modificaciones tímicas. — Los trastornos del humor son frecuentes; se manifiestan por una tendencia depresiva (forma apática con desinterés, acompañada pocas veces de tentativa de suicidio), por fases de hiperactividad monótona y poco variada o de hiperexcitación pueril y absurda (necesidad de hacer el payaso), o también, a veces, de forma episódica, por crisis de agitación ansiosa de aparición imprevista con o sin reacciones heteroagresivas o autoagresivas como la automutilación. Sin embargo, las crisis impulsivas pueden aparecer en frío en ansiedad de toda tendencia ansiosa. A veces, la ansiedad sólo se pone de manifiesto por el contenido de la vida fantasmática —imaginación de muerte y de devoración.

4.º Sentimientos y estados delirantes. — Desde J. Lutz, la mayoría de autores admiten que las ideas propiamente delirantes sólo aparecen en el niño mayor de 6 años; en los niños menores se observan más bien sentimientos delirantes (*Wahnstimmung*).

En cualquier edad, el niño puede presentar trastornos más o menos notables, del tipo *desrealización* o *despersonalización*. El fenómeno de inhibición intelectual, tan frecuente en estos niños, se asocia a menudo con un estado de perplejidad; la realidad es difusa, los objetos y las personas han perdido su característica de estabilidad y sus límites precisos, los niños no encuentran su lugar en el mundo de los fenómenos, e incluso sienten su personalidad como extraña o desconocida, presentan con frecuencia trastornos corporales de tipo cenestopático a veces absurdos, o viven con el temor de sufrir una aniquilación. W. Goldfarb ha insistido en las dificultades que presentan estos niños para tener una conciencia del cuerpo integrada y estable. El cuerpo se siente como roto, fragmentado, desintegrado y falto de límites precisos. La confusión puede tener relación tanto con el sexo como con la talla del cuerpo, o con las sensaciones corporales que pueden ser vagas y difusas, de tal modo que, bienestar y malestar, dolor y placer, tensión y satisfacción, principio y fin, no son expresados. A veces, sin embargo, debido a mecanismos de defensa, sensaciones de este tipo son hipervaloradas, en una forma que se ha denominado “cenestopatía interpretativa” (G. K. Uschakov). Estas desorganizaciones corporales (cuerpo fijado, cuerpo transformado, cuerpo que ha perdido su integridad) se acompañan con frecuencia de intensa ansiedad, pero otras veces adoptan el aspecto de una racionalización defensiva. En estos niños psicóticos, pueden encontrarse también trastornos de la identificación con necesidades de control repetitivas de sus cualidades físicas o sociales, de su propia personalidad —impresión de cambio de sexo, transvestismo,

incluso esbozo de transexualismo—. En algunos niños, los trastornos de la identificación de sí mismos se caracterizan por transitivismo, es decir, por una transferencia a otras personas de sus propias impresiones subjetivas. Este fenómeno, que puede ser normal hasta los 3 años (como ha demostrado H. Wallon), se encuentra a veces en algunos débiles mentales o durante la evolución de algunos estados psicóticos precoces, pero puede existir en forma regresiva en los niños psicóticos tardíos; es lo que J. Laroche denomina "despersonalización transactivista", en la cual se observa una confusión entre el Yo y el no-Yo. También encontramos en estos casos la "participación" en el sentido de L. Levy-Bruhl, en la cual los objetos, los seres y los fenómenos pueden ser a la vez ellos mismos y otra cosa que ellos mismos.

Aunque estos tipos de sentimientos delirantes son frecuentes, la existencia en el niño de un delirio sistematizado es discutida. Ya W. Griesinger afirmaba que "la mutabilidad de la infancia es tal que un tipo determinado de ideas delirantes no puede, en esta edad, apoderarse del ánimo y sistematizarse como sucede en una época más avanzada de la vida". Muchos autores insisten sobre la rareza de este delirio antes de la pubertad (L. Kanner, H. Aubin y B. Aubin). L. Michaux considera que el delirio crónico infantil es absolutamente excepcional y, aunque admite la existencia de una intuición delirante, de interpretación errónea, por el contrario no concibe en el niño la existencia de delirios sistematizados crónicos debido a la ausencia característica de la perseveración temática, de la concentración ideica y de la irreversibilidad de la convicción, todas ellas condiciones psicológicas necesarias para la estructuración de un delirio persistente. Teóricamente, las ideas delirantes no aparecen antes de los 10 años de edad. Sin embargo, como señalan R. Misès y M. Moniot, ninguna escala de desarrollo acierta a fijar con precisión la edad en que "normalmente" el niño renuncia a "fantasmaticar". Según I. Kolvin y cols. (1971), las ideas delirantes son sobre todo de persecución (42% de los casos) y fantásticas (39%). La mayoría de los autores consideran que son poco consistentes, mal definidas. Por contra, lo que es más frecuente es el delirio de imaginación (impresión de omnipotencia, de poseer un poder de destrucción), el "delirio de ensueño" (G. Heuyer), relato fantástico más o menos sistematizado con temas de grandeza, de filiación, a menudo fuera del tiempo y del espacio presente, y en el que se confunden fantasmas y realidad. La convicción no siempre es absoluta, adopta muchas veces un carácter lúdico y sirve de medio de unión entre la ruptura con la realidad y una relación a través de lo imaginario. En el transcurso del relato, el niño parece ser al mismo tiempo actor y espectador, y se dirige a los demás con una temática arcaica o fantástica que le permite, sin romper por ello su aislamiento, mantener hasta cierto punto, una relación anodina con el otro. Aunque los delirios sistematizados tal como los vemos en el adulto son raros en una edad precoz, pueden sin embargo aparecer antes de la pubertad, como lo demuestra el caso descrito por H. Stutte e I. Dauner (1971) y, según nuestra experiencia, no podemos negar su existencia entre los niños.

Discusiones parecidas han tenido lugar a propósito de la existencia o no de un síndrome alucinatorio. Algunos autores han negado la existencia en el niño de un verdadero síndrome alucinatorio, aparte de los episodios confusorios. Sin embargo, J. L. Despert señala una frecuencia considerable de alucinaciones parecidas, según él, a las del adulto, excepto en su mayor simplicidad y en su falta total de organización y de sistematización del contenido delirante. L. Bender describe también alucinaciones auditivas y visuales pero integradas en actitudes delirantes. En un estudio de 64 sujetos diagnosticados de esquizofrenia infantil, S. L. Jaffe encuentra en 45 (70%) indiferentemente alucinaciones auditivas (órdenes, amenazas, consejos), visuales (visiones religiosas, visiones de personajes muertos, de monstruos), incluso

olfativas y quizá también táctiles. La incidencia de las alucinaciones en estos niños mostraba un porcentaje tan importante en un grupo de menores de 12 años como en otro de mayores de 12 años; una menor proporción de niños gravemente perturbados, aunque no psicóticos tenía también alucinaciones. H. Z. Coren y cols., comunican dos casos de crisis alucinatorias visuales aparecidas en niños fóbicos después de un stress psicológico agudo, seguidas de ideas delirantes.

Revisando la literatura americana sobre las alucinaciones en el niño sorprende la cantidad considerable de casos en los cuales existen, al parecer, episodios alucinatorios no sólo en los psicóticos, sino también en las neurosis, en los niños que presentan trastornos de la conducta e incluso en niños normales (véase N. Lukianowicz, 1969).

L. Eisenberg encuentra una elevada incidencia de alucinaciones en los pacientes de su servicio de psiquiatría infantil. Sin embargo, admite que las alucinaciones son de 10 a 20 veces más frecuentes en los psicóticos, pero considera que el síndrome alucinatorio es raro antes de los 8 años. Según este autor, las alucinaciones infantiles se diferencian de las del adulto por la mayor simplicidad, la ausencia de sistematización y por la mayor relación con la situación familiar. Se pregunta qué relaciones existen entre estos fenómenos alucinatorios y la fantasía o la naturaleza propia del pensamiento infantil.

Creemos que se debe ser mucho más estricto en lo que respecta al diagnóstico de las alucinaciones, y no incluir en este cuadro las ilusiones imaginarias, la hiperendofasia con componentes estéticos poco claros y sin características de fenómeno externo; debe excluirse también de este cuadro el síndrome de tipo hipnagógico, frecuente en el niño. Sin embargo, creemos que en algunos casos puede afirmarse la existencia de un síndrome alucinatorio en las psicosis infantiles, incluso en niños menores de 10 años; estas alucinaciones son plurisensoriales y aparecen a veces durante el brote agudo del síndrome psicótico, de una forma que puede ser tan sólo transitoria. Por otra parte, en una fase posterior de la evolución de la enfermedad, el síndrome alucinatorio puede adquirir las características del síndrome del adulto, e incluso pueden encontrarse rudimentos del síndrome de automatismo mental (síndrome de Kandinsky-Clérumbault de los autores soviéticos). Estos enfermos se quejan de ser invadidos por un flujo de ideas múltiples, de tener un vacío en la cabeza y de notar sensaciones mal precisadas de posesión y de exposición de su pensamiento íntimo.

El estudio personal y crítico de H. G. Edgell e I. Kolvin (1972) nos proporciona las informaciones más válidas. Comprobaron que en el niño aparecen alucinaciones sin descenso del nivel de la conciencia. Estudiaron tres grupos de pacientes: 1) En el primer grupo de 40 pacientes hospitalizados de edades entre los 5 y los 15 años, con todos los tipos de trastornos psiquiátricos a excepción de trastornos psicósomáticos, solamente 2 (el 5%) tenían verdaderas alucinaciones con conciencia normal; uno padecía una psicosis de comienzo tardío, y otro era un niño no psicótico con trastornos de conducta. 2) El segundo estaba compuesto por 33 pacientes que padecían psicosis infantil de comienzo tardío (5-15 años) y de los cuales el 81% presentaba alucinaciones: auditivas en todos, visuales para el 30%, corporales para el 36%. Ningún niño tenía alucinaciones corporales o visuales sin tener las auditivas. Cuanto mayor era el niño, tanto más complejos eran los fenómenos alucinatorios y en las edades más altas, eran aproximadamente los que encontramos en pacientes adultos esquizofrénicos. A partir de la edad de 9 años, algunas alucinaciones comenzaban a estar bien organizadas y sistematizadas. En este grupo las alucinaciones sobrevenían siempre en estado de conciencia y tendían a ser bastante frecuentes y continuas;

respondían rápidamente a la terapia por las fenotiazinas. Sólo 3 niños sobre 33 hicieron referencia a un compañero imaginario anterior. 3) En el tercer grupo de 47 niños que entraban en el marco de una psicosis infantil (cuyo comienzo tuvo lugar antes de los 3 años de edad), ninguno había manifestado alucinaciones indudables.

5.° *Desorganizaciones psicomotoras.* — Los trastornos motores se caracterizan por las “actitudes torpes” del individuo, por una especie de manierismo unido en algunos casos con un parasitismo mímico. A veces se observan movimientos anormales que corresponden a las estereotipias gestuales que acabamos de describir y que pueden tomar un aspecto conjuratorio. La importancia dada al síndrome catatónico propiamente dicho varía según los autores. Según J. Lutz, es rara, mientras que según K. Leonhard es muy frecuente y tiene, según él, formas equivalentes a las escritas en el adulto (catatonía acinética, paracinética, procinética); en el grupo estudiado por B. Lechevallier y H. Flavigny es relativamente frecuente.

La importancia atribuida a este síndrome catatónico depende de la extensión que se le dé; es evidente que si incluimos en este cuadro todos los trastornos de tipo psicomotor (manierismo, parasitismo mímico, estereotipias gestuales, actividades rituales y enlentecimiento o excitación psicomotriz), entonces este síndrome es extraordinariamente frecuente, pero si nos limitamos al síndrome catatónico clásico (subexcitación catatónica o catatonía estuporosa), es relativamente raro, y en este caso aparece por brotes durante la evolución de la psicosis; también se encuentra en las formas psicóticas de aparición aguda.

6.° *Trastornos del lenguaje.* — Los trastornos del lenguaje son de varios tipos: unas veces no son más que el reflejo del pensamiento esquizofrénico y se caracterizan por la incoherencia y la discordancia del relato, o por el reflejo de un tipo de pensamiento elíptico, hermético, simbólico del psicótico; otras veces se trata de una logorrea inconsistente o de un lenguaje entrecortado de dificultades, mientras que otras el sujeto utiliza un lenguaje en clave, abstracto, o bien una lengua extranjera. Señalemos que I. Kolvin y cols., en su comparación con los niños psicóticos precoces, indican la ausencia de inversión pronominal, y solamente un 6% de ecolalia.

Según M. F. Bresson, en lo que se refiere a la lingüística formal, el lenguaje oral de adolescentes de 10 a 20 años (de los que no se señala ni el nivel ni la forma de esquizofrenia) presenta pocas diferencias en relación con los normales en lo que respecta a la competencia y a la performance, mientras que se producen alteraciones a nivel pragmático. El esquizofrénico no utiliza el lenguaje para transmitir un mensaje, sino que lo trata como un objeto que puede manipular, del que se apropia y del que se sirve para apropiarse de la situación.

Por otra parte, el *mutismo secundario* puede ser un signo importante de la esquizofrenia infantil. Se describe en las formas agudas (J. Lutz), en las formas de evolución progresiva (L. Despert, C. Stein), y aunque algunos autores (B. Lechevallier y H. Flavigny) no encuentran formas con mutismo en sus grupos de enfermos cuya psicosis se inició después de los 10 años, W. Spiel, por el contrario, lo encuentra tanto en esquizofrénicos menores de 10 años como en los de 10 a 14 años de edad. El mutismo puede ser total o presentar como una no-comunicación del tipo de soliloquio. Excepcionalmente la falta de comunicación oral puede reemplazarse por una comunicación gráfica.

7.° *El componente deficitario.* — Aunque se ha estudiado mucho a los niños que presentan un cuadro de retraso y considerados como psicóticos no diagnosticados;

aunque también se han desarrollado estudios sobre la evolución intelectual de las psicosis precoces, sin embargo existen pocos trabajos sobre el deterioro en las psicosis tardías del niño.

Se han realizado numerosos trabajos sobre las psicosis en general agrupando tanto al autismo precoz como la psicosis de aparición tardía, sin que ello pueda aclarar el estado deficitario del grupo que acabamos de estudiar. En el estudio de I. Kolvin y cols. (1971) mientras que las psicosis que comienzan en los tres primeros años de la vida se suelen asociar a un déficit intelectual mayor (37 de 47), las psicosis de comienzo tardío tienden a asociarse a un déficit moderado, aunque 5 de las 30 presentaban un déficit severo.

2.° *Variedades clínicas*

En función del conocimiento que se tiene de la esquizofrenia del adulto, existe una tendencia a describir en el niño formas específicas del adulto —hebefrenia, síndrome paranoide, catatónico—. Sin embargo, en el niño, lo que llama la atención desde el principio es el polimorfismo de los trastornos propios de cada caso y el cambio de evolución del síndrome en el tiempo. Se conoce relativamente bien la sintomatología primaria, que comprende trastornos de la relación con el ambiente, trastornos del curso del pensamiento, sentimientos delirantes y trastornos más o menos importantes de tipo psicomotor y del lenguaje; por contra, el cuadro clínico de la organización secundaria es personal de cada niño. Así, se han descrito formas delirantes de tipo hebefrénico, formas catatónicas, hipocóndriacas, psicopáticas o neuróticas graves de tipo obsesivo. Estas formas se deben a modos particulares de estructuración patológica de la personalidad a partir del trastorno fundamental.

Una forma curiosa merece ser diferenciada; esta forma evoluciona por brotes sucesivos y se caracteriza por trastornos afectivos y onerocatónicos; los niños que la padecen pueden recuperar momentáneamente a veces su personalidad anterior durante remisiones, o bien evolucionar progresivamente hacia la demenciación; en el primer caso, la presencia de remisiones no significa necesariamente que no existirá una demenciación posterior. Señalemos que K. Kahlbauer ha descrito una forma hebeidofrénica de “demencia precoz” que aparece en adolescentes y adultos, y se discute su autonomía en el cuadro de la esquizofrenia.

Problemas planteados por los exámenes psicométricos en los niños psicóticos

Los fines de los investigadores son diversos: unos buscan en los exámenes psicométricos la posibilidad de hacer un diagnóstico diferencial entre psicosis y oligofrenia; otros quieren establecer un diagnóstico diferencial dentro de las diversas formas de psicosis; otros intentan descubrir los trastornos del potencial primario que demuestre la naturaleza orgánica de la enfermedad. Aunque algunos encuentran en sus resultados la demostración de un deterioro progresivo, otros creen encontrar en sus investigaciones que no se trata de un déficit de tipo demencial, sino que los trastornos pueden explicarse por la deficiencia de estos sujetos en su contacto con la realidad.

Los resultados obtenidos por unos y otros están lejos de ser concordantes y los motivos de estas divergencias son múltiples. En primer lugar los instrumentos de examen escogidos no son totalmente apropiados para el estudio de este tipo de enfermos (Binet-Simon, Wisc, *Progressive Matrices* de Raven, Wartegg, Rorschach, etc.). Por otra parte, estos niños están generalmente poco interesados por el examen psicométrico y sus respuestas son a menudo inadecuadas, sus fluctuaciones de la atención, su fatigabilidad o su desinterés hacen compleja la evaluación de los resultados. Por otra parte, parece difícil dar una respuesta global a las diferentes formas clínicas de

psicosis infantiles y a los diversos tipos de organización de las formas agudas o prolongadas (edad de aparición y duración de la evolución).

No insistiremos en el problema planteado por el diagnóstico diferencial entre síndrome psicótico y oligofrenia.

Estudiando las diferencias de nivel según las formas de psicosis infantiles, O. Viitamäki encuentra que el nivel intelectual de los autistas es claramente menor que el de los esquizofrénicos, mientras que los casos que él clasifica con el nombre "otras psicosis" o "psicosis reactivas", sin ser normales, tienen sin embargo un nivel en conjunto mayor.

En niños de diversas edades, L. Moor señala que los niños menores de 7 años obtienen resultados muy dispersos. En los sujetos de 7 a 13 años, los resultados a los subtests del Wechsler son más precisos: los mejor realizados son los de comprensión, semejanza, reunión y clasificación de series de imágenes. Después de los 14 años, los subtests del Wechsler mejor realizados son el vocabulario, la información y las imágenes lacunares.

W. Goldfarb, por una parte y A. M. des Lauriers y F. Halpern por otra, establecen dos grupos diferentes según la alteración más o menos orgánica de estos niños. Según W. Goldfarb, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los *rendimientos* perceptivos, conceptuales y psicomotrices en favor de los casos no orgánicos y, en función de este resultado, establece una jerarquización muy clara: niños normales → niños psicóticos "no orgánicos" → niños psicóticos "orgánicos". Los niños psicóticos "orgánicos" se sitúan por término medio a nivel de la deficiencia mental grave. A. M. des Lauriers y F. Halpern, según un estudio hecho a través de los tests de Rorschach, distinguen dos grupos en su población experimental: un grupo compuesto por sujetos que tienen una alteración cerebral y que se caracterizan por respuestas extrañas, perseveraciones, empobrecimiento intelectual y emocional y una cierta indiferencia hacia la prueba, cuyas dificultades parecen ser sobre todo de tipo perceptivo referidas a la organización de los datos; y un grupo de sujetos sin alteración cerebral en los cuales los síntomas son más parecidos a una neurosis compulsiva. Estos últimos dan muchas respuestas de "buena forma", poniendo en evidencia una cierta riqueza intelectual y emocional, pero presentan bruscas caídas del control emocional con irrupción de ansiedad que se manifiestan por frecuentes rechazos y respuestas pobres o con fabuladoras.

Después de estudiar 56 niños esquizofrénicos de 7 a 13 años de edad, con el WISC, J. Perrimond, inspirándose en los trabajos de Wechsler sobre el deterioro mental en el adulto, propone el cálculo de un índice basado en la comparación de los tests "que se mantienen" y de los "que no se mantienen".

Tests que se mantienen: semejanza, memoria numérica, cubos de Kohs, imagen lacunar.

Tests que no se mantienen: aritmético, comprensión, código, ordenación de imágenes.

Según este autor este índice es superior a 10 en un 86% de sus enfermos.

L. Moor, aplicando este índice a sus propios sujetos, pone de manifiesto que es positivo en un 77% de los niños, de 7 a 13 años, mientras que en los mayores de 14 años sólo es positivo en un 56%. En realidad, no se puede describir una eficacia intelectual característica de todas las psicosis infantiles. En efecto, existen unas formas con estructura claramente deficitaria, mientras que otras tienen una forma particular de elaboración del pensamiento.

Un equipo de investigación del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra ha estudiado un grupo de niños de 10 a 16 años de edad capaces de escolarización en clases de adaptación o en clases normales. Se han excluido los oligofrénicos profundos. El examen psicológico por medio de los tests clásicos pone de manifiesto:

- un grupo extenso de los C. I. WISC (de 55 a 125), sin características propias de este grupo a nivel de los subtests;

- una dispersión de los rendimientos en los diversos tests aplicados, importante sobre todo en los sujetos de inteligencia "borderline", dispersión que parece por condicionamiento y por las cargas afectivas particularmente de un modo de expresión (lenguaje o dibujo/manipulación) y por las secuelas de déficit instrumentales (disfasia/dispraxia).

Desde el punto de vista evolutivo, 5 niños del grupo presentaban durante toda la observación un nivel de eficacia en las pruebas débiles, 4 niños mejoraron un nivel que era ya relativamente bueno al principio, mientras que otros 4 se debilitaron claramente.

El estudio de estos niños psicóticos por el método de Piaget e Inhelder ha permitido poner en evidencia algunos hechos: su reticencia particular respecto a los fenómenos aleatorios y a razonar en términos probabilistas, la inferioridad de sus operaciones físicas en relación con las operaciones lógico-aritméticas, sus dificultades a situarse en el punto de vista de los demás y a establecer una relación entre significante y significado, nos hacen suponer que lo alterado es el propio funcionamiento de la función simbólica.

No creemos que del estudio de los casos provenientes del grupo complejo de las psicosis infantiles se pueda deducir que el descenso del C. I. está relacionado no con una insuficiencia del potencial operativo o con un trastorno del curso del pensamiento, sino con la alteración de los contactos con la realidad, de las relaciones interpersonales o del contacto social (J. Perrimond). De hecho, los resultados que obtenemos pueden depender, según los casos, unas veces de un déficit del potencial de base tanto orgánico como no orgánico, debido a una ruptura primaria con la realidad, y otras de trastornos secundarios a un déficit del potencial de comunicación orgánico o no en un niño en evolución. Aunque algunos niños tienen un potencial hipotéticamente normal, pero no actualizado, en otros, el nivel de eficacia corresponde al déficit del potencial; estas diferencias dependen de su edad en el momento de la aparición del trastorno psicótico y de su nivel de escolaridad, de su procedencia sociocultural y del valor de la estimulación cultural y escolar. Cuando existe hospitalización, la mala calidad o la ausencia de estímulos hacen que los niños adquieran un nivel bajo desde la época más o menos precoz de la hospitalización. Puede decirse que el problema de las técnicas empleadas para hacer resaltar esta posible potencialidad, presentada en algunos casos, está sin resolver, al igual que el de la motivación de estos niños frente a toda sollicitación exterior y a *fortiori* a toda exigencia de rendimiento o de conformidad. Para que los estudios sean demostrativos deben hacerse selecciones más precisas teniendo en cuenta la estructura del síndrome, la edad de aparición y la duración de la evolución.

III. — ESTADOS PREPSICÓTICOS

Con el nombre de casos *borderline*, casos frontera, casos límite, casos con un desarrollo atípico o estado preesquizofrénico, se describe una categoría de enfermos que presentan rasgos de tipo neurótico o psicopático, pero que, desde el punto de vista dinámico y evolutivo, son difíciles de clasificar (R. Ekstein, J. S. Kestemberg, M. Katan, B. Rank, M. Putnam, P. Male y A. Green, B. H. Brask, S. Lebovici y R. Diatkine, etc.).

Según B. H. Brask, los niños *borderline* esquizofrénicos se caracterizan por tener síntomas muy variados. Los casos menos graves son simplemente variantes de la normalidad, mientras que los más profundos se confunden con las psicosis juveniles manifiestas. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, en conjunto este grupo posee una fenomenología común que refleja la estructura psicopatológica de base considerada como la expresión de un desarrollo defectuoso, fragmentario del Yo y que se manifiesta en una fragilidad de las relaciones con la realidad, contactos pobres y narcisistas con los demás, ligeros trastornos del pensamiento y del lenguaje, imagen corporal deficiente, discordancias marcadas entre las capacidades y las performances intelectuales y la aparición de impulsos primitivos en la conducta o la imaginación.

La noción de prepsicosis es difícil de delimitar. Según S. Lebovici y R. Diatkine, el niño psicótico no organiza u organiza mal los sentimientos de la realidad, vive en el mundo de las imaginaciones, de ahí el esbozo, al principio, de sentimientos de extrañeza, la aparición posterior de sentimientos de despersonalización y finalmente la aparición de una concepción casi delirante del mundo. Al contrario, el niño con estructura prepsicótica, neurótica y preneurótica conserva el control de la función de la realidad. En los prepsicóticos el estudio del Yo muestra una debilidad que se evidencia, entre otros factores, en la elaboración particularmente pobre de los mecanismos de defensa y en la importancia de los procesos primarios de descarga de los

cuales el desequilibrio de la conducta es una de las traducciones. En estos niños se observan determinadas manifestaciones de tipo neurótico que pueden tener un carácter particularmente inquietante: por ejemplo, fobias en el período de latencia, manifestaciones de carácter obsesivo o trastornos de la conducta en los impulsivos y los revoltosos cuyo trastorno corresponde a una especie de obsesionalización de la conducta. La evolución de estos estados se hace hacia la franca neurotización con la característica de lo que se denomina tipo neurótico que generalmente corresponde a reorganizaciones de estas preestructuras, o bien hacia la desestructuración y la organización de la psicosis. Pero, como señalan estos autores, debe reconocerse que muchas esquizofrenias del adulto parecen organizarse en condiciones muy distintas de las del adolescente; en ellos la infancia no está necesariamente marcada por accidentes prepsicóticos.

Debería evitarse la confusión creada por el término prepsicótico, que se utiliza unas veces para evocar una organización que precede a la psicosis, y otras una organización consolidada, en una forma sintomatológica particular, en función de sus propios modos de organización.

Este problema ha sido estudiado de nuevo por K. Jordan y D. G. Prugh (1971) bajo la denominación de *psicosis esquizofreniforme de la infancia*. Se refiere a sujetos que no presentaron psicosis durante sus cinco o seis primeros años y cuya descompensación "psicótica" en el comienzo del período de latencia comprendía un retiro fantasmático y un derrumbamiento de las relaciones con la realidad. Estos trastornos son múltiples y no se parecen a los de la esquizofrenia del adulto. En principio, los casos descritos por estos autores, aunque se presentan como gravemente perturbados, pueden responder favorablemente a la psicoterapia, a veces de una manera muy rápida.

Estudiando el síndrome *borderline* entre los adolescentes, J. F. Masterson admite la descripción de O. Kernberg sobre la personalidad "borderline": cuadro polimorfo en el que se encuentran síntomas tales como la ansiedad, trastornos psicopáticos, reacciones antisociales, mecanismos impulsivos, obsesiones, fobias, etc., síntomas que aparecen en distintos momentos asociados de forma variada y no específica.

Para J. F. Masterson, pese a la grave alteración de las funciones del Yo, los pacientes pueden adaptarse convenientemente a las exigencias del medio ambiente en lo que respecta a la conducta convencional. Aunque se comprueban a veces crisis psicóticas en condiciones de *stress* intenso, el síndrome *borderline* no es el inicio de una esquizofrenia que está apareciendo. Según este autor, la madre del "borderline" es a su vez "borderline", razón por la cual no tolera ni estimula la separación-individuación de su hijo; cuando ha crecido suprime toda ayuda, lo que origina sentimientos de abandono (depresión, cólera, angustia, pasividad, abandono y vacío).

La noción de *borderline* no es sólo una noción nosográfica que permite eludir la inclusión en los cuadros clásicos; para la mayoría de los autores, dicha noción sólo puede comprenderse en el plano psicodinámico.

III. — FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

Es imposible reseñar aquí el conjunto de los datos aportados por los diferentes autores y el considerable número de publicaciones. La ambigüedad aparece constantemente en el análisis del material que se nos proporciona. Es evidente que, cuando consideramos las psicosis según los criterios del British Working Party, este grupo de

niños no corresponde completamente a lo que otros autores describen bajo la denominación más amplia de esquizofrenia infantil. Cuando se trata de autismo infantil precoz, algunos lo emplean en el sentido restringido de L. Kanner, y otros en el sentido amplio. Cuando, desde el punto de vista etiopatogénico, se mezclan las psicosis precoces y las psicosis tardías, se crea, en nuestra opinión, una disparidad que impide dilucidar el problema. Haciendo un análisis mediante estudios transversales de niños de la misma edad, se corre el peligro de mezclar sujetos cuyos trastornos comenzaron en edades diferentes. A pesar de todo, muchos autores admiten una unidad etiopatogénica, aunque son igualmente numerosos los que tratan de separarlos en subclases. Es evidente que dentro de estas subclases, incluso las mejor definidas, como las formas deficitarias y las no deficitarias, o las formas precoces y las tardías, la forma de comenzar de la no-organización o de la desorganización puede depender de mecanismos diferentes.

En primer lugar trataremos hipótesis etiopatogénicas en función de los elementos a nuestra disposición, pese a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y de las formas de abordaje utilizadas. En segundo lugar, nos ocuparemos de las hipótesis emitidas a partir de grupos más circunscritos.

1.º Factores hereditarios. — La importancia de estos factores en la génesis de la psicosis del niño es en conjunto bastante poco demostrativa y el valor que les atribuyen los diversos autores es discordante. Los estudios se llevaron a cabo, sobre todo, en sujetos adultos, queriendo aplicarlos, por extrapolación, a las psicosis del niño.

En cualquier estudio sobre la herencia es difícil hacer una distinción entre la familia biológica del niño y la que lo ha manejado y educado. El estudio comparativo de los gemelos parece abrir una vía interesante en la investigación de la partición a establecer entre *natura* y *nurtura* en dos seres nacidos al mismo tiempo. Si queremos abordar este problema de manera precisa, es evidente que debemos excluir de la investigación los niños dizigóticos genéticamente diferentes y ocuparnos sólo de los niños monoigóticos, o debemos establecer comparaciones entre niños dizigóticos y monoigóticos. Si estudiamos los niños monoigóticos, para que el estudio sea válido del todo, nos parece que debemos examinar igualmente los niños que viven en el mismo medio familiar. Son pocos los trabajos sobre gemelos monoigóticos que hayan sido educados por separado desde una edad muy precoz (investigación de H. H. Newman y cols., J. Shields). El trabajo de N. Juel-Nielsen, sobre doce pares de gemelos que vivieron separados desde su primer año, revela características físicas generales seguramente hereditarias; en los tests de inteligencia, los autores observan una concordancia superior a la de los hermanos no gemelos; sin embargo, los tests de estructura de la personalidad, así como sus trastornos, presentan diferencias. Así pues, no podemos admitir que entren en juego sólo los factores genéticos. No hace falta decir que el estudio profundo de gemelos monoigóticos educados en el mismo medio familiar puede tener igualmente un gran valor para la comprensión de la organización de la personalidad de cada uno de ellos, gracias a la reconstrucción detallada de la historia de su existencia anterior, de las experiencias individuales y de sus interrelaciones.

J. R. Stabenau, W. Pollin y cols., estudiaron 11 pares de gemelos monoigóticos, en los que uno de los dos era esquizofrénico en la edad adulta. Según dichos autores los rasgos que los diferenciaban más entre sí eran: la diferencia de peso en el nacimiento, la diferencia en los síntomas neurológicos leves, la diferencia de actitud de los padres frente a cada uno de los dos gemelos, la diferente personalidad de los sujetos en la primera infancia. Ambos autores emiten la hipótesis siguiente: el peso más bajo al nacer en los gemelos esquizofrénicos parece reflejar un desarrollo anatómico o una diferenciación anatómica inferior y, en consecuencia, una capacidad fisiológica inferior desde el nacimiento; estas diferencias pueden acarrear mayores dificultades en el control del cuerpo y la manipulación del entorno físico. Subjetivamente, esta clase de niños puede tener el sentimiento de una disminución de su capacidad y de su eficiencia, lo que determina una actitud

particular de los padres. Desde el principio se designará a uno como fuerte y competente, y al otro como débil, vulnerable e incompetente. De este modo, la imagen de sí mismo del comparativo será despreciativa, su imagen del mundo que le rodea más amenazadora, su dependencia cada vez mayor, su nivel de angustia cada vez más alto, y desde entonces sus posibilidades de adaptación van disminuyendo. J. R. Stabenau, W. Pollin y cols., admiten que sus observaciones no excluyen la posibilidad de una explicación de carácter puramente organicista, que estaría fundamentada sobre nociones de fragilidad diferencial o de complejos hereditarios poligénicos. Sin embargo, se podrían adelantar igualmente explicaciones puramente psicológicas, fundándose en la hipótesis de que las diferencias físicas sólo tendrán importancia en la medida en que den origen a diferentes roles y relaciones para cada gemelo. De hecho, ninguna de estas aproximaciones es suficiente y dichos autores admiten que sus observaciones se integran mejor en el esquema de un complejo de interacción en que se imbrican la naturaleza constitucional y el rol desplegado por el sujeto.

En numerosos estudios sobre la herencia de la esquizofrenia se utilizó el método de comparación entre gemelos monoigóticos y gemelos dizigóticos. En el trabajo de M. Fischer (1973), se encontrará una revisión extensa de la literatura así como sus propias investigaciones. Señalemos los trabajos de W. Pollin y cols. (1969) y los de E. Essen-Möller (1970). A pesar de las diferencias que en gran parte están en relación con el problema de los criterios más o menos amplios de la esquizofrenia, como lo muestra el estudio con observadores múltiples de J. Sield e I. I. Gottesman (1972), la proporción de pares concordantes es significativamente más alta para los gemelos monoigóticos que para los dizigóticos. Pero, como dice M. Fischer (1973), los resultados también indican claramente la influencia de los factores del entorno, dado que un porcentaje de concordancia de 100% solo se encuentra en el estudio de F. J. Kallmann sobre los casos "graves". M. Fischer subraya, además, que la mayoría de los investigadores señaló la anormalidad caracteriológica (esquizoide) en la mayoría de los cogemelos discordantes para las psicosis, concluyendo que lo que está sujeto a discusión es saber si el resultado de la parte genética de la etiología es el desarrollo de una esquizofrenia "estricta", la susceptibilidad a una reacción psicótica o el desarrollo de una personalidad esquizoide. También observamos que M. Fischer (1971, 1973) encontró, a favor de un factor genético, que los cogemelos no-esquizofrénicos de gemelos esquizofrénicos tienen el mismo porcentaje de niños esquizofrénicos que los esquizofrénicos.

Otro método para separar los factores genéticos de los factores del entorno en la transmisión de la esquizofrenia consiste en examinar los datos de la *adopción*. Al igual que los estudios sobre los gemelos, estos datos reavivan el problema de los límites y de los diferentes subgrupos de la esquizofrenia. Los estudios que comparan las familias biológicas y adoptivas de esquizofrénicos (S. S. Kety y cols., 1971) aportan elementos en el sentido de un apoyo a una teoría de transmisión genética de vulnerabilidad a la esquizofrenia, pero implican también la necesidad de factores no genéticos, si no del entorno, para el desarrollo de la enfermedad esquizofrénica clínica. Pero estos estudios no son tan demostrativos como los llevados a cabo sobre los hijos de esquizofrénicos adoptados.

En un estudio sobre la adaptación psiquiátrica de padres adoptantes de esquizofrénicos, P. H. Wender y cols. (1971) comprobaron que los padres biológicos de esquizofrénicos eran significativamente más perturbados que los padres adoptantes de esquizofrénicos, que a su vez estaban significativamente más perturbados que padres adoptantes de sujetos normales.

D. Rosenthal y cols. (1971) compararon adoptados, hijos de esquizofrénicos, con adoptados cuyos padres biológicos no tenían ninguna historia psiquiátrica conocida. Había significativamente más diagnósticos "en la gama de la esquizofrenia" para el grupo indicado que para el grupo de control; solamente tres sujetos esquizofrénicos, en el concepto restringido, eran hijos de esquizofrénicos procesuales o comprobados o probables.

Señalemos además los estudios sobre los gemelos monoigóticos y dizigóticos y los datos sobre la adopción, el valor de los *estudios prospectivos* emprendidos por E. J. Anthony (1969) sobre los hijos de padres psicóticos para la determinación del valor de los factores genéticos y del entorno y para una evaluación de la personalidad premórbida de esquizofrénicos adultos.

2.° *Factores orgánicos*. — Son diversas las formas de concebir esta "organicidad": ya sea que consideremos todos los síndromes psicóticos como respondiendo a una no-organización o a una

desorganización lesional, sea que estos factores estén en la base a partir de la cual las formas de relación se perturban ulteriormente, sea que consideremos que algunas psicosis son "orgánicas" y otras "no-orgánicas" (p. ej. W. Goldfarb), que haya una disfunción neurológica de base afectando a un sistema particular.

Según el análisis de sus casos, C. Bradley admite que los niños esquizofrénicos están desde el principio de la vida pobremente equipados para hacer frente con éxito a los *stress* emotivos. C. M. Anderson asegura que estos niños que abordan todo de una manera diferente, se comportan así solamente debido a un fracaso en la relación interpersonal, a causa de un defecto orgánico muy específico.

Si en sus primeros estudios L. Bender concebía la esquizofrenia del niño como un síndrome que responde a un trastorno característico de la conducta en todas las áreas de funcionamiento de la personalidad (fundamentado en una disfunción orgánica, parecida a una encefalopatía), en cambio, desde 1948, introdujo el concepto de plasticidad. Según este autor, el niño-de-pecho esquizofrénico conserva todos los rasgos del niño-de-pecho fetal en el sentido de Gesell. Esto correspondería a una interrupción del desarrollo del sistema nervioso central en la etapa embrionaria, pero caracterizado por una plasticidad primitiva en todas las áreas de integración y de la cual se deriva la conducta subsiguiente. Esta *dismaduración* estaría genéticamente determinada y podría ser activada por una crisis fisiológica tal como el nacimiento. La consecuencia de este proceso patológico sería una angustia organizativa que, a través de ciertos mecanismos de defensa, conduciría al cuadro clínico de la esquizofrenia. Según L. Bender, ningún niño puede desarrollar una esquizofrenia si no presenta trastornos de base de la maduración a partir de modelos de base de la conducta de toda la conducta futura (mecanismos homeostáticos, estados de consciencia, modelos respiratorios, tono muscular). Pero el modelo de la psicosis está determinado por factores del entorno. I. Freedman y H. Caplan defienden una tesis casi parecida. Estos autores admiten que la pulsión inherente a la normalidad se determina por la maduración o crecimiento biológico en el niño; su alteración puede crear un *stress* primario de base determinado biológicamente y que, al mismo tiempo que el *stress* del entorno, puede debilitar seriamente el Yo y producir como resultado trastornos clínicos esquizofrénicos. Asimismo admiten un trastorno primario de origen dismaturoativo, una reacción organizativa de angustia secundaria en este proceso alterado y síntomas terciarios. El cuadro clínico que presenta el niño esquizofrénico responde, según estos autores, a las tentativas del organismo para enfrentarse a los efectos desorganizadores de la angustia y del equilibrio perturbado.

La importancia concedida a los factores denominados orgánicos (anamnesis, exámenes clínicos, objetivaciones por medios paraclínicos, E. E. G., neumoencefalografía gaseosa) responde a veces a una cierta valorización etiológica, sin responder necesariamente a una explicación patogénica. Los datos anatomopatológicos, salvo excepción que responde la mayoría de las veces a un diagnóstico erróneo, no nos aportan prueba demostrativa alguna. Los estudios bioquímicos actuales no nos han aportado aún esclarecimientos válidos, pero pensamos que si la bioquímica progresa (déficit enzimológicos, trastornos inmunitarios, etc.) tal vez permitirá actuar sobre algunos grupos, pero no necesariamente sobre el vasto abanico heterogéneo incluido actualmente, bajo la denominación de psicosis del niño.

Tanto si aceptamos una teoría "orgánica" (aunque no pueda explicar el cuadro basándose únicamente en el alcance de la lesión o de su impacto específico, quedando pendiente el problema bioquímico), como si aceptamos una teoría "psicogenética" (sobre la base de trastornos de las relaciones interpersonales o sobre la base de una modificación emotiva), nos hallamos siempre frente a una *dotación de base* a partir de la cual se van a crear organizaciones particulares que no pueden explicarse únicamente por la calidad de estas relaciones. Es evidente que unos trastornos importantes de las primeras relaciones pueden producir por sí mismos graves modificaciones en las primeras organizaciones de la personalidad, pero es igualmente cierto que las aportaciones cuantitativas o cualitativas son diferentemente asimiladas según la calidad del receptor, que puede ser insuficiente para apropiarse los elementos exteriores, o por el contrario, ser incapaz de organizar sus propios mecanismos de homeostasis.

3.° *Teorías psicogenéticas*. — Las diversas teorías psicogenéticas responden muchas veces a modelos que no pueden aplicarse a las diversas formas. Inmediatamente después de abordar las

diversas hipótesis planteadas a propósito de la patogenia de las psicosis del niño observamos que, con razón o sin ella, se aproximan frecuentemente a las discusiones sobre la patogenia del adulto en la medida en que éste es el fruto de la evolución infantil.

Incluso los psicogenetistas han podido considerar que el trastorno psicótico se debe a un modo particular de organización fisiológica (de tipo constitucional, o de tipo adquirido lesional), a un modo de ser fisiológico que, en determinados casos, ocasiona una ruptura precoz de las relaciones y, en otros, se manifiesta en un momento de su evolución, modelo psicofisiológico que crea un modo particular de vivir o de responder a los estímulos exteriores y que impide al sujeto recibir los estímulos-alimento necesarios o producir las señales indispensables para la organización de su sistema de relación.

No podemos desarrollar aquí los múltiples trabajos psicoanalíticos, pero, sin embargo, debemos señalar que, cualquiera que sea la actitud de los autores, todos están influidos de forma mayor o menor con o sin restricciones por la obra de Melanie Klein. Esta autora admite una mayor o menor escisión del Yo precoz que (cuando es intensa) puede ocasionar una desorganización de los procesos adaptativos e integrativos. Sin embargo, el problema sigue siendo complejo, pues sabemos que, según Melanie Klein, existe una fase normal de desarrollo que es la posición paranoide y que, según W. R. D. Fairbairn, puede existir una "posición esquizoide". Se comprenden bien en esta doctrina los modos de organización y de superación de este tipo de posición, que nos muestra además la gran capacidad del niño para regular su funcionamiento y para superar estas fases. Estas hipótesis nos aclaran el "cómo" nos podemos tornar o permanecer psicóticos, pero nos dejan hasta cierto punto perplejos sobre la cuestión de saber por qué no todos nos volvemos psicóticos.

Numerosos autores han tratado este problema. Ciertas investigaciones psicoanalíticas han intentado profundizar en los modos de organización de las psicosis infantiles. Los estudios conjuntos de la madre y el hijo, como los de S. Lebovici y J. McDougall, han puesto en evidencia las interrelaciones evolutivas de estas dos personalidades, la que está en vías de organización y la que está organizada de una forma particular. S. Lebovici ha demostrado el tipo especial de relación objetal en estos niños: masiva, sujeta a variaciones globales y a oscilaciones de gran amplitud, coloreada por la impregnación de las imaginaciones más primitivas (incorporación y rechazo, fragmentación del objeto materno) contra las cuales se instauran mecanismos de fusión al objeto y mecanismos de identificación proyectiva. Los mecanismos defensivos de la psicosis, elaboración contra la angustia, no permiten un funcionamiento satisfactorio de su Yo. Por otra parte, las funciones autónomas y cognitivas del Yo se extrapolan afectivamente por los conflictos, lo cual es particularmente claro en algunos trastornos del lenguaje o en tipos particulares por bloques afectivos del conocimiento. La fantasmización de la realidad está relacionada con los trastornos de las relaciones objetales, pero también conduce a una alteración de la realidad, ya que las experiencias de la angustia son finalmente bloqueadas por los conflictos primitivos.

Estudiando los aspectos evolutivos de las psicosis infantiles, R. Diatkine, C. Stein y D. Kalmanson admiten que algunos niños presentan la alteración antes de la aparición de la angustia del octavo mes, lo que puede impedir que ésta se constituya. Ahora bien, la angustia del octavo mes es el primer signo de la capacidad del niño para buscar un objeto que no está en su campo receptivo (aparición de lo imaginario); por ello se comprenderá la importancia de este momento fecundo en el que el niño pasa del discontinuo instintivo a un continuo que ya no puede aportarle la perfecta quietud posprandial de los primeros meses. Para comprender la evolución de estos casos debe introducirse la noción de equilibrio de las formaciones sintomáticas neuróticas y psicóticas con las potencialidades evolutivas de cada individuo, capacidades potenciales que varían esencialmente según la edad. Según estos autores, los síndromes psicóticos son más o menos estables según su naturaleza, pero en la medida en que producen una mayor desadaptación del niño, tienen mayores consecuencias sobre el juego de los beneficios y de las frustraciones ulteriores. Pero algunos de ellos pueden desaparecer cuando no tienen más acción, lo cual explica el efecto dinámico de la interpretación. Sólo artificialmente pueden separarse las causas exógenas y las endógenas. La afectividad y la identificación son un tipo de relación cuyas estructuras comprenden al sujeto y a los demás. Las estructuras así definidas se tornan patógenas muy precozmente en la medida en que su disarmonía sólo puede producir formas alteradas, generalmente lábiles, a veces estables pero equilibradas de una forma perfectamente patológica. En la medida en que cada organización sucesiva es patógena,

señalan estos autores, pero donde el ambiente forma parte integrante de las estructuras, la evolución no puede ser rigurosamente previsible mientras que la acción terapéutica es siempre posible.

Según R. Diatkine y cols., aunque la relación de objeto y los mecanismos de defensa psicóticos son específicos en función de la angustia insoportable que los sustenta y la inflexión de la realidad que comportan, el contenido dramático que manifiesta esta angustia es relativamente trivial. Los temas edípicos están en primer plano con prevalencia de castración, de fragmentación; los fantasmas de rechazo y la incorporación de objetos parciales no tienen otra originalidad en el niño psicótico que la intensidad con que son vividos.

Según Hanna Segal, el proceso esquizofrénico no puede comprenderse fuera de una hipótesis sobre la naturaleza de la creación del símbolo. Según esta autora, el símbolo, creación interna, puede proyectarse de nuevo en el mundo exterior, dándole así un significado simbólico. La capacidad de experimentar la pérdida del objeto y el deseo de recrearlo en el interior de sí mismo dan al individuo una libertad inconsciente en la utilización de los símbolos; el hecho de que el sujeto lo experimente como una de sus propias creaciones le permite su libre utilización. La formación del símbolo reina sobre la capacidad de comunicar, ya que toda comunicación se hace por medio de un símbolo. Cuando aparecen perturbaciones esquizoides en la relación del objeto, la capacidad de comunicar está alterada porque la diferenciación entre el sujeto y el objeto se confunde y porque los medios de comunicación faltan, ya que los símbolos se sienten de forma concreta y no son, por tanto, utilizables con la finalidad de comunicarse. La formación del símbolo se inicia muy pronto, probablemente tan precozmente como la relación de objeto. Si se considera la actividad simbólica como una relación entre tres términos, es decir, una relación entre la cosa simbolizada, la cosa que tiene función de símbolo y una persona, el problema de la formación del símbolo debe examinarse en el contexto de la relación del Yo con sus objetos. Los primeros símbolos no son vividos por el Yo como símbolos o sustituyentes, sino como el propio objeto original, son tan distintos de los símbolos formados ulteriormente que merecen denominarse "ecuación simbólica". Según H. Segal, la ecuación simbólica entre el objeto original y el símbolo en el pensamiento interior y exterior se encuentra en el pensamiento esquizofrénico, en el que los sustituyentes apenas se diferencian del objeto original, y son sentidos y tratados como si fueran idénticos a este objeto. Esta falta de diferenciación entre la cosa simbolizada y el símbolo forma parte de una perturbación en la relación del Yo con el objeto. Así, la diferenciación entre el Ello y el objeto se confunde y por ello, ya que una parte del Yo se confunde con el objeto, el símbolo, que es una creación y una función del Yo, se confunde a su vez con el objeto simbolizado.

Para M. Mannoni, que se expresó varias veces a este respecto, el campo de la psicopatología es el del lenguaje, incluso aunque el niño no hable. El síntoma del niño, cuando se trata de neurosis, psicosis o retraso mental, no es más que un elemento de un discurso colectivo que engloba a los padres, al niño y al terapeuta eventual. Este lenguaje cifrado se debe descodificar, por que las manifestaciones patológicas no son más que respuestas al habla "a lo dicho y a lo no-dicho" del adulto. Para este autor, el niño está excluido de acceder a la relación triangular y destinado a permanecer en el lugar del objeto parcial, sin poder asumir nunca su identidad. Así, mantiene un lugar (en el sentido del deseo materno), en que no puede ser reconocido por el otro como sujeto que desea. No es más que el soporte de los fantasmas maternos. Camufla el mundo, revelando lo que está en falta en los padres. Sólo en sus agresiones puede la madre de los niños psicóticos mostrarse al nivel de lo real, puesto que ve a su hijo como una boca que alimentar y un ano que llenar. El niño se nos presenta únicamente como el resultado de cuidados y nunca como el sujeto del discurso. La salida simbólica está bloqueada por la omnipotencia materna. Aquí interviene el psicoanalista para descodificar el discurso de los padres fijado y concluso. Se invita al psicoanalista a permanecer como un cómplice. Si no interviene, se convierte en impotente; si lo hace, precipita la ruptura. Es necesario desbloquear la salida simbólica y que el discurso del drama sea de nuevo utilizable.

No se pueden comprender los trastornos del lenguaje del niño autista si no se tiene en cuenta el hecho de que el lenguaje es una función simbólica que permite la afirmación de lo real y la comunicación con los demás y que, por y a través de su existencia, permite que el niño llegue a la toma de conciencia de su propia identidad y de su identificación con el otro. A partir del trastorno primario de la comunicación, el lenguaje del niño autista puede desinvertirse y presentar, por

ello mismo, un trastorno del desarrollo que puede acarrear a la larga un déficit difícil de compensar; a la inversa, en otros casos, el lenguaje puede sobreinvertirse y entonces se organiza en el sentido de un neolenguaje dotado de una simbolización personal al servicio de los mecanismos de defensa. Melanie Klein piensa que el lenguaje poco abundante en el niño (con capacidad de formar símbolos y palabras) es secundario a defensas previas contra la agresividad experimentada respecto a la madre. D. E. Wilcox llama la atención sobre la falta de fluidez de la comunicación en la constelación padres-hijo. A su modo, nos dice, la madre congela la comunicación de una manera casi tan rígida como el niño; la madre parece incapaz de concebir el niño como un individuo capaz de crecer, ya que teme su crecimiento a causa de su destructividad potencial. No creemos que todos los casos sean explicables en función de estas hipótesis, aunque estemos seguros de que el problema de la comunicación está en la base del trastorno, tanto en los casos de desinvertimiento del lenguaje conducente al síndrome deficitario, como en los consecutivos al sobreinvertimiento con ritualización. De hecho, el problema de la elaboración del lenguaje del niño autista debe comprenderse, como señala G. Bosch, en el marco de la personalidad autista.

Seguimos frente a numerosas incógnitas para las que no podemos emitir hipótesis patogénicas con un valor de generalidad. Esta profundización del modo de organización de la psicosis infantil nos permite explicar cómo y de qué manera se forma la psicosis, también nos permite (según las características de su estructuración) prever más o menos su porvenir y nos introduce en vías terapéuticas particulares, pero no nos permite comprender completamente por qué la organización psicótica toma en algunos casos el aspecto de una organización cerrada, mientras que en otros sigue todavía abierta a reestructuraciones sucesivas.

4.º *El problema de las interacciones padres-hijos psicóticos.* — Ha sido abordado de una forma a veces demasiado esquemática, y la psicosis se considera como una consecuencia de una actitud patógena de la madre (la más estudiada) o del padre. Lo que parece importante no son las simples actitudes rígidas de uno de los padres o la pasividad del otro, ya que en una cierta medida actitudes de este tipo podrían ser formativas, sino más bien la ausencia de comunicación real. Es cierto, como opina J. Henry, que las reacciones del niño sólo pueden comprenderse en relación con esta comunicación. El niño que necesita respuestas llegará hasta extremos temerarios para obtenerlas. La tendencia a situarse en situaciones peligrosas no puede interpretarse como una conducta simplemente autodestructiva, sino que más bien está enraizada en la necesidad de arrancar a la fuerza una respuesta a un ambiente que no responde ("necesidad temeraria de respuestas"). Por otra parte, los padres, en su ambigüedad, se presentan en relación con el niño en el marco de una "seudomutualidad" (L. C. Wynne y M. T. Singer). Su actitud aparente sólo puede comprenderse desde el ángulo de la "metamorfosis psicopatológica de los padres" (J. Henry). Es decir, que si por un lado una rabia paterna reprimida y negada ocasiona la persistencia en el niño de una conducta inaceptable, de una confusión intensa o de un no-aprendizaje, en el niño existe un sistema de legitimación, es decir, que la repugnancia de los padres hacia el niño se transforma mentalmente en algo legítimamente repugnante o extraño. Esto sólo puede comprenderse a partir de las hipótesis que han sido propuestas por J. Bateson y cols., y adoptadas por J. H. Weakland, a partir del estudio de la familia como micrógrupo social y de una situación denominada "doble relación" ¹, (*double bind*); esta situación se caracteriza en el niño psicótico por una imposibilidad de asignar "tipos lógicos" a las percepciones y a los mensajes. El que manda un mensaje *double bind* da órdenes contradictorias que el que las recibe no puede ni percibir, ni evitar; el que recibe está como inducido a mantener este sistema de comunicación respondiendo por mensajes "doble relación" de su invención. Este tipo de relación no está a nivel de la comunicación clara, sino a nivel de la metacomunicación generalmente no verbal. Una situación de doble relación típica sería, por ejemplo: la madre evita fóbicamente los contactos físicos con su hijo (comunicación preverbal de hostilidad); la madre describe verbalmente (y estimula) una conducta que niega explícitamente esta hostilidad; ésta obliga a responder al niño "como si" so pena de retirada completa de amor, esto se comunica a nivel del metalenguaje; ausencia de un tercer componente capaz de clarificar la contradicción; cierre del campo con prohibición de abandonarlo.

1. También denominado en el texto "doble lazo", doble unión. (N. del T.)

Junto a este modelo de la *double bind*, J. Bateson ha descrito un modelo "homeostático" en el que todos los componentes ocupan un papel fijo, y el del psicótico es inducido por el grupo, necesario para su equilibrio; de esta forma, "si la persona designada como "paciente" mejora bruscamente, la conducta de los demás cambiará de forma a rechazarlo en una conducta esquizofrénica". J. Bateson opina, en último extremo, que "en el estadio preliminar de la enfermedad, otros miembros de la familia son también enfermos y susceptibles de convertirse en pacientes".

Estudiando las diferencias en el modo de comunicación entre madres de niños psicóticos y madres de niños no psicóticos, G. Rice y cols., muestran que los padres de niños esquizofrénicos parecen ignorar el impacto que producen en los demás.

También puede encontrarse esta situación de "doble relación" en las relaciones, si no es en los propósitos entre los padres y los terapeutas, cuyo resultado sería convertir al clínico en ineficaz en su respuesta o en su intervención. El terapeuta ha de tener interés de preocuparse especialmente en su acción sobre los propósitos de la madre, material en el cual los límites de su Yo y los de su hijo parecen vagos y confusos. Su función será intentar delimitar y aclarar los límites del Yo de la madre, en especial en el sector en que ésta pierde de vista su interacción con su niño perturbado y con su terapeuta. Esta influencia psicotizante, generalmente denominada "función-expectación", es sentida contrasferencialmente por el psicoterapeuta del grupo familiar (W. M. Brodey), y entonces corre el peligro de participar en las negativas familiares, o bien, si defiende esta opinión correcta, ser excluido de la comunicación.

En la discusión sobre la patogenia de las psicosis infantiles, quizá más que en cualquier otra parte, se plantea el problema de la oposición demasiado claramente establecida por algunos autores entre *natura* y *nurtura*; entre, por una parte, nociones de predisposición, de potencial hereditario o de potencial personal del organismo (trastornos congénitos o adquiridos antes del nacimiento de determinados sistemas anatómicos o de algunos metabolismos) y, por otra parte, formas particulares de organización evolutiva.

Incluso aunque admitamos una patogenia única en los diferentes momentos de la aparición de los trastornos psicóticos en el niño, interesaría evocar las diversas hipótesis suscitadas a propósito del autismo infantil. Luego veremos si se pueden aplicar las mismas hipótesis a las formas tardías de las psicosis.

I. — PATOGENIA DEL AUTISMO INFANTIL PRECOZ

Así pues, para comenzar abordaremos la *patogenia* de lo que los autores denominan "autismo infantil precoz", sabiendo que esta acepción corresponde a cuadros clínicos no necesariamente equivalentes.

1.º Factores desorganizadores del cerebro en el niño

1.º *Factores hereditarios.* — El estudio de los gemelos monoigóticos constituiría para B. Rimland la prueba decisiva para determinar el carácter innato del autismo infantil. Dicho autor aporta 14 casos de gemelos, 11 de ellos monoigóticos; todos presentaban un cuadro autista. M. Rutter (1967) discute el conjunto de los datos sobre los gemelos y sólo encuentra cuatro pares en la literatura con muestras de zigosidad y suficientes detalles clínicos: dos pares monoigóticos, uno concordante (H. Bakwin), otro discordante (L. N. J. Kamp, 1964), y dos pares dizigóticos, uno de ellos concordante (T. F. Ward, B. A. Hoddinott, 1962) y otro discordante (G. E. Vaillant, 1963); los datos no son demostrativos. Tal es la opinión de B. Bettelheim (1967), según el cual, aunque sólo hubiera un solo caso de gemelos en que uno fuera autista y el otro no, bastaría para poner en duda toda la teoría del origen innato y

para apoyar la hipótesis del entorno, puesto que puede que los padres tengan una conducta diferente para con los dos gemelos (desde este punto de vista, remitirse a los trabajos de W. Pollin, Stabenau y cols.).

En su estudio de la base genética, M. Rutter (1971) se pregunta si no existe un subgrupo determinado genéticamente. Las investigaciones de tipo cromosómico no son demostrativas, aunque se haya descrito un inhabitual brazo largo del cromosoma y en algunos niños autistas y algunos padres (L. L. Outt, A. J. Mandel).

I. Kolvin y cols. (1971) subrayan la ausencia de esquizofrenia entre los padres, hermanos y hermanas de su grupo de psicóticos precoces.

2.º Factores denominados orgánicos. — A pesar de algunas discordancias, parece desprenderse de los trabajos (L. Bender, I. Kolvin y cols., 1971; M. J. McCulloch y C. Williams, 1971; M. E. Lobascher, 1970), que determinados factores desfavorables del embarazo (p. ej., la rubéola, estudiada por S. Chess en 1971, del parto y neonatales, son significativamente frecuentes entre los niños autistas (I. Kolvin y cols., dan una cifra del 46%). Además, algunos autores valoran una sintomatología neurológica, indeterminada a veces, pero muy precisa en las estadísticas de I. Kolvin (17%). Algunos autores pusieron de relieve la importancia de las crisis epilépticas R. J. Schain y H. Yannet, en un grupo de 60 niños a los que se les había aplicado el diagnóstico de "autismo" (diagnóstico discutible tal vez) señalan convulsiones en el 42% de los casos. I. Kolvin indica 4 casos de "espasmos totales" y 5 casos de crisis convulsivas entre 46 casos de psicosis infantil precoz. L. T. Taft y H. J. Cohen (1971) discutieron el problema de las relaciones entre hirsutismo y autismo infantil, no eliminando la posibilidad de una base bioquímica común. L. Kanner subraya que estos sujetos pueden presentar crisis epilépticas en una edad avanzada.

El disfuncionamiento del sistema nervioso central puede ser atribuido a una lesión pero, para L. Bender (1969), se trataría más bien de un retraso madurativo con un modelo de perturbaciones de la conducta en todos los dominios del sistema nervioso central, característicamente plásticos a un nivel embrionario.

Señalemos la importancia concedida por B. Rimland a la desorganización de la sustancia reticulada. Se emprendieron investigaciones bioquímicas (H. E. Himwich y cols., 1972; M. S. Goodwin y cols., 1971; véase el conjunto de las investigaciones en E. R. Ritvo y cols., 1971). S. W. Goldfarb había dividido sus casos en "orgánicos" y en "no-orgánicos"; actualmente, algunos autores distinguen casos "puros" y "no-puros". En realidad, incluso si se demuestra que hay un elevado porcentaje de síntomas de lesión, ésta no implica la organización del disfuncionamiento.

2.º Trastornos de las aferencias y eferencias. Problemas de los receptores

Hemos visto (*Problemas generales planteados por el desarrollo*) que se ha emitido la hipótesis de la existencia de una barrera que permite al organismo tratar selectivamente sus percepciones y mantener un contacto discriminador con el entorno. Según E. J. Anthony, en las circunstancias patológicas de la psicosis, se puede suponer que en el autismo primario, la barrera "constitucional" es "demasiado ancha" y aísla el organismo, de manera indiscriminada, de toda estimulación, mientras que en el autismo secundario se supone que la barrera es demasiado "delgada", en cuyo caso sobreviene una hiperestimulación y el organismo reacciona de manera defensiva creando una barrera psicótica "ancha". La madre del niño psicótico desempeña

forzosamente un rol en el mecanismo de subestimulación-superestimulación, fracasando al no proporcionar al niño la estimulación adecuada o al protegerlo contra una estimulación. Para E. J. Anthony, la barrera sería más psicológica que fisiológica y variaría con el tiempo. Según la cantidad de estímulo que pasa, el niño es hiperreactivo o hiporreactivo, pudiendo llegar este primero a ser hiporreactivo.

Otros autores se dedicaron al estudio de la "desorganización de los receptores" y de los mecanismos de retroacción en el niño esquizofrénico o en el niño autista. Para W. Goldfarb (1961), el niño esquizofrénico evita el empleo de sus receptores a distancia (visión y audición) como base de orientación y hace relativamente mayor uso de los receptores próximos (tacto, gusto, olfato). W. Goldfarb cree que para sostener o coordinar una acción dotada de finalidad, requiere tanto una retroacción referencial a partir del entorno a través de sus receptores externos, como informaciones extraídas por sí mismo por sus propias acciones. Por eso, el autor valora las posibilidades del entorno para facilitar una reacción y una consciencia refinada; cuando el entorno es "gris" o cuando el grado de reactividad del entorno social es pobre, no favorece el desarrollo de las funciones discriminativas. Esto está extraordinariamente claro cuando se aborda el problema del lenguaje de los esquizofrénicos. Son variados los factores que parecen poder influenciar la capacidad de adaptación del niño y su consciencia de adaptarse; asimismo, factores variados, en el interior y en el exterior del niño esquizofrénico, podrían contribuir a estas deficiencias en la acción dirigida y en la consciencia de sí mismo. Estos niños presentan limitaciones intrínsecas en las capacidades perceptivas e integradoras como resultado de los disfuncionamientos cerebrales y de las limitaciones extrínsecas en las reacciones del entorno para reforzar su conducta.

B. Rimland opina que existe un gran parecido entre la conducta de los niños autistas y las víctimas de la privación sensorial, siendo la privación sensorial más grave e intensa que la privación social.

Por otra parte, B. Rimland analiza varias observaciones que describen a estos niños inaccesibles a los estímulos externos como si estuvieran encerrados o encapsulados. Basándose en la existencia de una ausencia de respuesta a los estímulos intensos, encontrada en los animales de laboratorio, a los que se les ha lesionado el sistema reticular, emite la hipótesis de que una lesión del sistema reticular podría ser el origen del autismo debido a una hiperoxia. En efecto, este autor señala la elevada incidencia de niños autistas a los que se les ha administrado oxígeno pronto después del nacimiento o al principio de la primera infancia. M. R. Green y D. E. Schecter (1957) y W. R. Keeler, aportan un elemento suplementario en favor de esta hipótesis, señalando que los niños ciegos desde la primera infancia debido a una fibroplasia retrolental presentan manifestaciones parecidas al autismo. Sin embargo, la hipótesis de B. Rimland, según la cual la hiperoxigenación puede dar lugar tanto a una fibroplasia retrolental como a ciertos trastornos autistas, no es aceptada por varios autores. Según J. P. Glavin, la fibroplasia retrolental no sería debida a la hiperoxigenación, sino al cambio rápido de la presión de oxígeno a la salida de la incubadora; según él, los trastornos autistas podrían tener la misma causa. L. Bender y K. Andermann admiten que los trastornos psíquicos que presentan los niños afectados de fibroplasia retrolental no están relacionados con una privación sensorial o emocional, ya que todos aquellos que además tienen trastornos de tipo autista presentan también trastornos neurológicos típicos de los niños afectados de lesiones cerebrales. Según ellos, a pesar de que todos sus lactantes fueron colocados en incubadoras con oxígeno durante periodos desde seis a diez semanas, admiten que la desorganización de base es más precoz y que todos estos prematuros presentaban lesiones cerebrales *in utero*.

También D. Koegler y E. G. Colbert, así como L. Bender, mencionan el papel de la formación reticular como posible lugar de alteración en la esquizofrenia infantil, y B. Fish propone una teoría que relaciona la disfunción reticular con la esquizofrenia del adulto. Si se admite que el sistema reticular desempeña un papel tanto en el autismo como en la esquizofrenia infantil, según B. Rimland se podría decir que en el niño autista la formación reticular es esencialmente no funcionante, mientras que en el niño esquizofrénico ésta funciona mal.

Por otra parte, B. Rimland señala que un fenómeno de privación sensorial puede también relacionarse con lesiones del lóbulo temporal y que el autismo ha sido relacionado por algunos con determinadas modificaciones de este lóbulo.

Diversos autores atribuyen los profundos problemas de adaptación del niño autista a la disfunción del uso de los receptores. E. Schopler pone de relieve el hecho de que el dominio biológico, para ciertas funciones de receptores próximos, forma parte del primer desarrollo y que los receptores de distancia llegan a ser más útiles durante el segundo año. A propósitos de trastornos perceptivos o de discriminación de imágenes, de objetos vivos e inanimados, etc., descritos entre los niños autistas, E. Schopler (1965) se pregunta si estos niños están faltos de la organización perceptiva necesaria para hacer su distinción o si sus experiencias con los seres humanos fueron tan dolorosas que sentimientos adversos bloquean la consciencia de las diferencias que perciben. Se consideró que estos niños estarían dotados de una barrera elevada a los estímulos como si la información sensorial sólo les llegara por mensajes espaciados o específicos. Por otro lado, es sorprendente ver que el niño-de-pecho autista, con su nivel de estimulación bajo, tiene la clase de padres que describió L. Kanner, es decir padres poco propensos a las caricias y a los estímulos activos de su bebé, especialmente si parece tranquilo. Sin embargo, dice E. Schopler, estos mismos padres raramente tienen otro niño autista, pues alguna disfunción constitucional en el estímulo y la inhibición de un proceso sensorial parecen estar presentes en el comienzo de la vida. Según él, para explicar el contexto de la desviación autista, es necesario tener en cuenta dos factores, ambos en relación con el uso de los receptores: un bebé con un déficit neurofisiológico dotado de un potencial de estimulación bajo, aparejado con una madre que no compensa su deficiencia por un estímulo adecuado de los receptores próximos en el transcurso del primer año.

P. Bergman y S. Escalona opinan que en los niños psicóticos existe una incapacidad congénita para establecer contactos con las personas y una falta constitucional de protección contra los estímulos. Después de su estudio de las "sensibilidades" poco habituales de los niños que posteriormente se volvieron psicóticos, estos autores llegan a la conclusión de que estos tipos particulares de sensibilidad no están en relación con la propia cualidad del Yo, sino que constituyen algo más primitivo de base constitucional. Cuando la "barrera protectora del organismo" o la falta de protección materna no permiten al niño enfrentarse con las variedades de estímulos externos abrumadores y peligrosos, éste puede reaccionar frente a esta situación con una formación prematura del Yo. Un desarrollo precoz del Yo sustituyente puede impedir el normal funcionamiento de estructuras más maduras y la psicosis puede surgir a favor de una descompensación (véase capítulo *Problemas planteados por el desarrollo*).

Para E. M. Ornitz y E. R. Ritvo (1968), el niño autista presenta una incapacidad para mantener la constancia de la percepción, es decir que percepciones idénticas que vienen del entorno no son experimentadas como siendo las mismas cada vez. Esta incapacidad tiene por resultado, una subcarga o una sobrecarga (al azar) del sistema nervioso central. E. Schopler y R. J. Reichler (1971) no aceptan la noción de

azar sugerida por E. M. Ornitz y E. R. Ritvo; subrayan que a pesar de la existencia de conductas que sugieren irregularidades en cuanto al tratamiento de los datos sensoriales en diversas modalidades de receptores, los niños autistas muestran una preferencia relativamente mayor para la exploración por modalidades de receptores próximos, que por los receptores a distancia. Pero mientras para E. Schopler la prevalencia de los receptores próximos sobre los receptores a distancia forma parte de la cronología del niño normal, según B. Hermelin y N. O'Connor, parece demostrado actualmente que los receptores a distancia son activos muy precozmente y la fuerte preferencia que muestran los niños autistas no indicaría simplemente una suspensión del desarrollo, sino más bien una anomalía del desarrollo.

Para B. Bettelheim, el problema que se plantea en el niño autista no estriba en el plano propiamente dicho de los receptores próximos o lejanos porque, para él, el niño autista sólo mira lo que tiene un sentido para él y quiere ignorar todos los estímulos sin importancia. Utiliza los sentidos no para aprehender el mundo, sino para defenderse de las experiencias aterradoras.

La mayor parte de las discusiones condujeron al problema de las aferencias y de los receptores sensoriales, pero no debemos olvidar que el modo de relaciones con el mundo no se hace únicamente a través de lo que recibimos; también hay la respuesta que se da, es decir las *eferencias*. Podemos preguntarnos hasta qué punto algunos niños son, en una edad más o menos precoz, potencialmente más o menos activos. S. K. Escalona intentó establecer una psicología diferencial a partir de las diversas formas de reactividad. De hecho, la recepción y la respuesta están íntimamente ligadas por el fenómeno de retroacción, pero ¿dependen los diversos tipos de reactividad de mecanismos no aprendidos (inscritos exclusivamente en el soma) o son el resultado de las primeras interrelaciones padres-hijo? Sabemos que el punto de partida de la psicología de J. Piaget está constituido por lo que él llama las coordinaciones de los esquemas de acción y que, para él, la asimilación va a duplicarse por una diferenciación de la misma acción, por el proceso de acomodación. La inteligencia aparece en esta teoría como una adaptación que asegura el equilibrio entre los procesos de asimilación y de acomodación, entre las acciones del organismo y las del medio, recíprocamente. Es evidente que esta teoría sólo es completa si se tienen en cuenta lo que se experimenta y los modos particulares que se establecen por el manejo entre la madre y el niño, las gratificaciones que el niño recibe o las frustraciones que vive, y las situaciones que de ello se derivan. Cuando M. Rutter considera que los niños autistas tienen un trastorno primario central del lenguaje, implicando a la vez la comprensión y la utilización del lenguaje o las habilidades conceptuales del pensamiento, nos parece que no tiene lo bastante en cuenta que el lenguaje sobreviene a continuación de la elaboración de una función de comunicación y de una función semiótica claramente elaborada, que implica la existencia de una representación por significantes claramente diferenciados de sus significados. I. Kolvin y cols., insisten igualmente sobre el hecho de que ser educado en un medio ambiente bilingüe puede desempeñar un rol en la etiología de la psicosis infantil precoz. Así, dicen ellos, si un niño tiene una imperfección en la reorganización y la codificación de los datos percibidos auditivamente, parece razonable suponer que experimentará mayores dificultades para tratar dicho material si las bases simbólicas son dos conjuntos completamente diferentes. Dicho niño, vulnerable al "retiro autista" secundario a una confusión sensorial, sufrirá particularmente cuando esté expuesto a dos sistemas de lenguaje completamente diferentes. Contando con que las familias de clase social elevada tienden a una mayor facilidad verbal y a utilizar abstracciones, tal niño deficiente viviría en una tensión mayor en una familia de este nivel, lo que

podría ayudar a explicar el exceso de casos de trastornos psicóticos precoces en las clases socialmente favorecidas.

Es evidente que si se admite la teoría de los trastornos de los receptores y de los efectores, las distorsiones se producen a un nivel muy precoz del círculo sensorio-motor. B. Bettelheim concedió una gran importancia a la teoría de J. Piaget. Para este último, antes de llegar a la consciencia de sí mismo, hay que pasar por un estadio durante el cual todos los acontecimientos fueron atribuidos a la propia actividad. Según B. Bettelheim, el niño autista no atribuye los acontecimientos a su propia actividad, porque se siente demasiado dominado por el entorno para creer que puede modificarlo. Refiriéndose al interés primordial concedido por J. Piaget a la permanencia del objeto, gracias a la cual el niño autista logra realizar el espacio, el tiempo y la casualidad, B. Bettelheim subraya que en el niño autista el objeto sólo existe si es visible o está al alcance de la mano en su sitio habitual; si el niño no puede acomodarse a la realidad, es porque su supervivencia exige que no se acomode a una realidad que cree destructora. Para J. Lanouzière y T. Lainé (1972), las nociones de permanencia del objeto y de identidad o de constancia del entorno son dialécticamente opuestas; si en el niño normal la constitución del objeto permanente necesita el montaje de mecanismos de separación, de introyección y de proyección, en el niño autista la prevalencia del mecanismo de identificación proyectiva que tiende a garantizar a cualquier precio la identidad del objeto prohíbe su interiorización permanente o la reduce a una relación fusional. Pero, para B. Bettelheim, los niños autistas han dominado, a diferentes grados, los estadios del desarrollo sensoriomotor; lo que caracteriza igualmente al niño autista es la gama increíblemente extensa de sus desfases con relación al niño normal; no funciona al mismo nivel en todos los dominios. El desfase se refiere a las diferencias en la aplicación de las estructuras cognitivas del sujeto en tareas diferentes; para algunas aplicará estructuras cognitivas genéticamente superiores a las que aplicará en otras. Es así como, tanto algunos casos de L. Kanner como de Joey, "el niño mecánico" de B. Bettelheim, y de muchos otros cuyas referencias encontraremos en el trabajo de J. Goodman (1972), se presentan como formas particulares que este autor denomina "autistas-sabios" (J. Goodman, 1972), término que responde en parte a la antigua categoría de "idiota-sabio". Estos sujetos memorizan material altamente específico y aislado (calendarios, mapas de carreteras, números de teléfono, etc.).

Son múltiples las hipótesis patogénicas suscitadas a propósito de estos casos. Algunos consideran que presentan capacidades especiales congénitas; según otros, los niños se alejan de los estímulos que solicitan respuestas afectivas, mientras que elaboran conocimientos en una área estática, restringida, en su entorno inanimado. Según J. Goodman, su memoria superior para los datos especializados de un campo limitado se explica no por grados inusitados de aprendizaje inicial, sino por una incapacidad de olvidar; utilizan asociaciones abstractas, mientras fracasan en tareas más fáciles desde el punto de vista del desarrollo.

De hecho, entre los niños autistas, algunas funciones pueden desinvertirse (trastornos del lenguaje, trastornos práxicos, etc.), mientras que en otros casos se da un hiperinvestimiento en sector, respondiendo uno y otro a mecanismos defensivos.

3.º Teorías psicodinámicas

M. Mahler (1952, 1965) fue una de las primeras en construir una teoría de los autismos infantiles partiendo de su teoría evolutiva.

B. Bettelheim reprocha a M. Mahler no haber comprendido que el autismo era una reacción autónoma del niño cuya manera de vivir y experiencia de la vida están condicionadas por la madre, en lugar de ver en ello una reacción autónoma respecto a la experiencia total de la vida de la que la madre no es más que una parte.

Para B. Bettelheim, la causa primera del autismo no es, como lo pensaron ciertos kleinianos, el miedo a un mundo vuelto horroroso por la proyección sobre él del Sí agresivo del niño, sino que la causa del retiro autista es más bien la interpretación correcta hecha por el niño de los afectos negativos con los que las personas más significativas de su entorno se ponen en contacto con él. Esto, a su vez, provoca rabia hasta el punto de que se pone a interpretar el mundo a la imagen de su cólera. El autor propone considerar el autismo infantil como un estado mental que se desarrolla en reacción al sentimiento de vivir una situación extrema y desprovista de cualquier esperanza. Como han dicho ciertos autores, no es la actitud maternal lo que provoca el autismo sino la reacción del niño a esta actitud; la transformación de esta reacción en enfermedad crónica depende de la respuesta del entorno.

La característica de los niños autistas está estrechamente ligada con la noción del tiempo y la de la causalidad. Todos los niños autistas insisten en que el tiempo sea suspendido. Si debe conservarse la identidad, el tiempo tiene que detenerse; su mundo no está hecho más que de espacio. Ni el tiempo, ni la causalidad existen porque la causalidad implica una sucesión en el tiempo por la cual un acontecimiento debe suceder a otro; el niño está aterrorizado por las relaciones porque todas éstas parecen destructoras a su vista; debiendo ser prevista cualquier decepción, su ley es: "no debes esperar nunca que algo pueda cambiar". Cada autista tiene su propia manera de acomodarse a su necesidad de vivir fuera de la causalidad. El niño autista no reconoce ningún orden o funcionamiento de su cuerpo. Para él, ninguna de sus funciones corporales tiene su origen en el cuerpo y sus necesidades. En las mejores condiciones, son sistemas mecánicos que siguen un cierto orden mecánico.

En su última publicación (1969), M. Mahler no está tan lejos de B. Bettelheim. Aquella autora se inclina a suponer que en el caso de autismo precoz, una angustia del organismo de tal amplitud afecta al organismo en un estadio tan precoz de madurez que destruye ciertamente la percepción de la madre como funcionando por su propia cuenta. Una fijación o una regresión a un tipo arcaico de desdiferenciación de la percepción parece dar cuenta de la percepción particular del autismo, en el cual el síntoma más sobresaliente es que la madre, en calidad de representante del mundo exterior, parece que no es percibida *en absoluto* por el niño ("conducta alucinatoria negativa"). Si esta conducta es una defensa somatopsíquica, se desarrolla tan pronto (en el nacimiento o poco después) que se puede dudar tenga un contenido psíquico y una significación. Podemos suponer, como M. Mahler piensa que P. Greenacre se inclina a hacerlo, que se dan incompatibilidades intrauterinas graves entre el feto y la madre, que obtienen por resultado esta reacción negativa autista. Por contra, el niño psicótico simbiótico tiene cierta conciencia del principio materno. Sin embargo, oscila entre un deseo de fusionar con el objeto parcial "bueno" y de evitar ser "sepultado de nuevo" con el objeto parcial "completamente malo". Sus mecanismos de conservación, aunque menos arcaicos, son mucho más raros, variados y están forjados de pánico. En ninguno de los dos síndromes se puede hablar de verdadera relación de objeto.

Muchos autores consideran que el proceso autista es el resultado de una defensa y responde a una adaptación y no a una mala adaptación a una deficiencia del Yo inherente o adquirida. Por otra parte, M. Dratman (1967) describe deficiencias autistas irreversibles fundamentales, que responden a la incapacidad de utilizar "el

maternaje" y a una falta de diferenciación Sí-no Sí, así como deficiencias autistas reversibles y susceptibles de desarrollarse en un proceso restitutivo. Dicho autor sugirió que una patología total de los afectos se da de manera primaria, o de manera adaptativa en el autismo, con jerarquías de incapacidad para conceptualizar, expresarse o incluso percibir o experimentar el afecto en calidad de parte de una falta de consciencia de sí mismo. Entre los niños autistas, no sólo los objetos no están investidos —suponiendo que lo estén— más que de manera fragmentaria, sino que ocurre lo mismo con los afectos y con las excitaciones; están aislados, sin continuidad ni síntesis. La integración de la percepción de objetos, de afectos, de excitaciones, unos con otros y con "cosas", la creatividad así como la imaginación no se desarrollan.

Según B. A. Ruttenberg (1971), el niño autista no sigue los modelos normales del desarrollo tal como es comprendido desde un punto de vista psicoanalítico; fracasa en el desarrollo de las relaciones de objeto, de la modulación de las pulsiones instintivas y no organiza sus formaciones de reacción y sus defensas como el niño normal. El niño autista funciona a niveles muy primitivos; mientras que las funciones del "Yo autónomo" y algunas funciones del "Yo ejecutivo" (crecimiento físico, marcha y otras funciones motoras) pueden estar relativamente bien desarrolladas, las funciones del Yo están mal desarrolladas, fragmentadas. La agresión es no-indiscriminada y frecuentemente interiorizada. La conducta cinestésica, y a menudo también oral precoz, sigue predominando en el niño no asistido.

Para dicho autor, el autismo infantil es un síndrome clínico con algunos síntomas de base y una variedad infinita de intensidades relativas y de variaciones secundarias. Considera la relación entre factores etiológicos intrínsecos orgánicos (constitucionales y adquiridos) y psicológicos del entorno como un continuum con un número casi infinito de permutaciones y de combinaciones posibles comportando, en un extremo, una etiología intrínseca completa y, en el otro, una etiología completamente del entorno. Le pareció útil diferenciar la etiología autista en cuatro grupos. Los dos primeros corresponden a una vulnerabilidad de predisposición; los dos últimos son secundarios a un impacto del entorno:

a) Defecto inherente específico en la capacidad de utilizar o de responder a un "maternaje" adecuado para desarrollar una imagen corporal y externalizar la libido. Este es el verdadero autismo primario, que es muy raro.

b) Vulnerabilidad congénita mucho más general y variada debida a una lesión intrauterina o a un traumatismo obstétrico que provoca disfunciones o trastornos cerebrales. Aunque estas deficiencias implican una predisposición al autismo y a la vulnerabilidad, su efecto puede aparecer más pronto o más tarde según el equilibrio entre los *stress* y el medio ambiente *nurturante* para compensarlos. Una madre suficientemente sensible puede impedir la aparición real del síndrome clínico de autismo.

c) A partir de una presión simbiótica de impredecibilidad, de incompatibilidad (doble vínculo o impacto de la patología de los padres que provoca un reforzamiento negativo o una extinción) manipulada por un retiro autista.

d) Carencias de *estímulos* o superestimulación nociva.

A estas teorías psicoanalíticas se oponen las *posturas neobehavioristas*, sumamente numerosas. Muy exclusivas a menudo, a veces están más matizadas. Fundamentadas en la teoría del aprendizaje, están descritas bajo diversas etiquetas: teoría del reforzamiento, del condicionamiento operante, del aprendizaje por ensayos y errores. Ante estos problemas, O. I. Lovaas considera que los diversos factores de la conducta — lenguaje, cooperación, competición, aspecto rudimentario de

determinadas conductas intelectuales, como la lectura y la escritura— responden bien al paradigma de la teoría del reforzamiento. Esta teoría no nos lleva a la adquisición de las conductas emocionales, aunque acepte que la conducta emocional de una persona puede estar profundamente afectada por su repertorio de trastornos conductistas descritos. Para B. Bettelheim estos métodos pueden lograr abatir temporalmente las defensas del niño contra las frustraciones de la realidad y obligarlo a actuar, pero las acciones no provienen de él; estos niños son tratados como objetos y vistos fuera de cualquier cuadro de referencia que comprenda la totalidad de la experiencia humana. De hecho, parece que algunos behavioristas, actuando de manera pragmática, no rechazan del todo algunos puntos de vista psicoanalíticos (B. W. Feather y J. M. Rhoads, 1972). O. I. Lovaas, cuya finalidad estriba en modificar determinado número de síntomas (en particular la autodestrucción), reconoce que, en caso de mejoramiento, las conductas se hacen cada vez más complejas y que desde entonces hay que hacerles frente mediante metodologías teóricas diferentes; por otro lado, considera que existe una similitud entre su método y tratamientos más tradicionales, como la psicoterapia, en la medida en que se trabaja por el establecimiento o por un nuevo arreglo de las significaciones interpersonales más bien que por la manipulación directa de la conducta. B. A. Ruttenberg, al visitar los centros que emplean este modo de aproximación, observó que los equipos utilizan mucho la madre, aunque raramente se hace mención de este hecho en los artículos que tratan de estas técnicas.

4.º *Noción de patogenia de los padres*

Desde hace mucho tiempo se considera que el modo de relaciones padres-hijo desempeña un rol en la génesis del autismo infantil. Como dice E. J. Anthony (1972), los padres de niños autistas tuvieron una vida dura, según la literatura. Se les atacó y defendió de manera reiterativa; incluso sus perseguidores estaban de acuerdo para afirmar que no eran malos o dañinos como grupo. Simplemente, no podían hacerlo mejor. Descritos como fríos, inmaduros, narcisistas, poco calurosos, anestésicos, tradicionales, perplejos, intelectuales, esquizofrénicos ambulantes, etc., se encuentran entre los más denigrados en psiquiatría.

De la literatura sobre las psicosis infantiles en general se desprenden diversas tendencias: 1) la tendencia que considera que existe una clase de padres (padre y/o madre) monolítica. En cuanto intensificamos las investigaciones, nos damos cuenta de que las características de estos padres son menos esquemáticas de lo que podíamos prever, pero que, además, lo que nos interesa no es la personalidad aparente sino el modo de relaciones establecido entre padres e hijo. Como dijo S. K. Escalona (1963), la controversia pierde su significación para determinar si el autismo es "debido a" una madre inadecuada o "debido a" déficit innatos. Es el resultado de una falta de experiencias que pueden provenir del hecho de variaciones extremas en los determinantes intrínsecos o extrínsecos o en ambos. La psicosis autista no es provocada directamente por un déficit maternal o por un déficit en el niño, sino por la ausencia de estas experiencias vitales en el comienzo de la infancia, consideradas como la condición necesaria para la síntesis del Yo. 2) La tendencia (p. ej., la de W. Goldfarb) que admite la existencia de una diferencia, en el cuadro de la interacción familiar, entre los subgrupos "orgánico" y "no-orgánico". 3) La tendencia que admite que la sintomatología psicológica de los padres es secundaria en la enfermedad del niño.

E. Schopler y J. Loftin (1969) piensan que si los procesos del pensamiento del padre y la madre, especialmente de las madres, de niños psicóticos pueden ser alterados o desorganizados por el hecho de enjuiciarlos o evaluarlos, una parte de la terapia actual puede producir tales resultados y ser perjudicial para el niño y el padre.

Las reacciones de padre y madre, cuya estructura proviene del hecho de ser padres de un niño pequeño psicótico, se confunden a menudo con la contribución de ambos a la causa del trastorno. Mientras dure la confusión entre reacciones de ambos padres y la psicosis y su causalidad de la psicosis del niño, la comprensión de la causalidad y la conceptualización de las etiologías seguirán estando alteradas.

No es necesario tomar únicamente en consideración la influencia patógena primaria de la familia, sino pensar que también existen familias patógenas secundarias, torpes, acaparadoras y agresivas que pueden desempeñar un rol nefasto. Debemos tener en cuenta las reacciones no sólo de los padres, sino también de los hermanos y hermanas de los niños psicóticos.

En lo concerniente al autismo infantil precoz, según E. Schopler y R. J. Reischler (1971), los padres de sus grupos de niños autistas no muestran patología mental particular alguna, pero manifiestan, sin embargo, su perplejidad y desconcierto a propósito de la "cría" de sus niños, oscilando entre la indulgencia y la rigidez; estas inadecuaciones en el manejo apropiado del niño pueden ser secundarias en el caso de un niño no-reactivo. En las estadísticas de I. Kolvin y cols., las madres de niños con psicosis de comienzo precoz son significativamente menos introvertidas que las de la población en general y que las de un grupo muestra constituido por niños que padecen psicosis de aparición tardía; clínicamente, dichos autores las consideran sobreprotectoras en el 47% de los casos.

Así pues, vemos dos tendencias que se oponen esquemáticamente.

Para B. Rank (1949), el niño psicótico es la "víctima de la impotencia materna" y la madre, "vacío de manifestaciones espontáneas de sentimientos maternos"; hasta cierto punto, I. Kaufman y cols., admiten que el niño psicótico es en cierto modo el síntoma de los padres.

Por contra, S. K. Escalona defiende a la madre y juzga completamente comprensible que sea inconsecuente y esté descompuesta, dado que está impresionada por las reacciones atípicas y patológicas de su niño frente a "actitudes maternas y rutinas cotidianas perfectamente ordinarias".

B. Bettelheim sostiene que se consideró injustamente al niño como un apéndice despreciable de la patología materna sin tener en cuenta la reacción autónoma del niño. Se extraña además de que determinados terapeutas pretendan ayudar a estos niños sólo por mediación de la madre considerada como responsable de estos trastornos.

Como dice E. J. Anthony, una buena conclusión sobre la literatura a este respecto consistiría en que los no-terapeutas, acercando el problema desde fuera, ponen fuera de causa a los padres y encuentran razones para excusar su comportamiento trastornado, mientras que los terapeutas, partiendo de la perspectiva de su estrecho compromiso con el niño, parecen especialmente propensos a criticar su entorno, en particular la parte de los padres.

II. — PATOGENIA DE LAS PSICOSIS PROPIAS DE LA EDAD ESCOLAR

Desde el punto de vista patogénico, se han hecho muy pocos estudios sobre este grupo particular de psicosis del niño.

Para M. Rutter, estas formas son diferentes de las psicosis con comienzo precoz y equivaldrían a la esquizofrenia del adulto.

El trabajo de conjunto más completo acerca de la etiopatogenia de estas formas

es el de I. Kolvin y cols. (1971) sobre 33 casos de psicosis del niño con comienzo tardío que, como hemos visto, son comparados con 46 casos de psicosis con comienzo precoz.

1.º Factores hereditarios. — En el estudio de I. Kolvin y cols., el porcentaje de esquizofrenia de los padres es del 9,4% (11,7% después de corrección por edad), porcentaje muy próximo al de F. J. Kallmann y B. Roch para los padres de esquizofrénicos adolescentes y de gemelos adultos esquizofrénicos.

2.º Factores denominados orgánicos. — I. Kolvin y cols. (1971) aportan menor número de pruebas de lesiones cerebrales posibles durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal para estos casos que para las psicosis de comienzo precoz (15% contra 46%). En tres sujetos había existido una clara epilepsia del lóbulo temporal desde muchos años antes del comienzo de la psicosis.

3.º Patogenia de los padres. — Según el estudio de I. Kolvin y cols., habría un mayor grado de introversión entre las madres del grupo de psicosis con comienzo tardío que entre las del grupo de comienzo precoz y las de la población en general. La superprotección de los padres es menor para este grupo; el "aislamiento social" de las madres es mayor (60% contra 38%). Por último, dichos autores encuentran más sujetos de las clases sociales desfavorecidas entre estos padres, mientras que las clases sociales acomodadas predominan entre los padres de su grupo de psicosis con comienzo precoz.

IV. — TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS INFANTILES

Desde la época de las primeras descripciones de las psicosis infantiles, la forma de tratamiento ha variado.

Las llamadas terapéuticas biológicas, como el electroshock y la insulino-terapia (utilizadas al principio con gran frecuencia y no sin resultados favorables desde el punto de vista evolutivo, según algunos autores), son en la actualidad muy poco empleados a no ser la insulino-terapia, que algunos autores indican en los casos de formas tardías que nunca han sido sometidos a tratamiento farmacológico, y el electroshock en las formas agudas o en algunas formas particulares con sintomatología catatónica. Durante algún tiempo se empleó la lobotomía en todas las formas de psicosis infantiles así como la topectomía, con la finalidad de eliminar un síntoma particular — agresividad, p. ej. —.

En la actualidad puede decirse que estos dos tipos de tratamientos han desaparecido del arsenal terapéutico.

En la actualidad se emplean generalmente los *quimioterápicos*. Unas veces se utilizan las fenotiacinas clásicas, clorpromacina o levomepromacina y otras los derivados del tioxanteno o las butirofenonas. La finalidad de esta terapéutica es doble:

— obtener un efecto antipsicótico; en este caso su acción puede ser favorable a no ser que los niños sufran un estado de pasividad que dificulte las actividades sociopedagógicas;

— obtener un efecto de tipo sintomático con la finalidad de actuar sobre la ansiedad, la agresividad y la agitación, cuya desaparición permite un mejor contacto social.

Pero no basta con actuar sobre un elemento procesual o eliminar los elementos sintomáticos desfavorables. El psicótico es un niño en evolución, alterado en sus relaciones, retraído o ambivalente, que debe vivir en un *ambiente comprensivo, educativo y psicoterápico*. La persona que él rechaza y que él busca, los demás (niños y adultos) a los que teme y de los que huye, o con los que no puede establecer diálogo, deben ser personas presentes, neutras o activas según el momento. La mejor solución sería la conjunción de los tratamientos farmacológicos, educativos y psicoterápicos.

N. Dopchie divide los métodos psicoterapéuticos en dos capítulos: psicoterapias no-institucional e institucional.

Entre las psicoterapias individuales, retendremos las psicoterapias que tienden a una neo-relación estructurante, las psicoterapias interpretativas y las psicoterapias de los padres.

En relación con las terapéuticas institucionales, se dan dos actitudes teóricas: una prevé que el niño debe quedar con la familia y seguir de día un tratamiento en un hospital; otra, defendida por B. Bettelheim, se levanta contra el postulado de que necesariamente se ha de vigilar los niños en el hogar o tratar simultáneamente a la madre y al niño; dicha actitud exige la separación del niño y de su familia.

Los modos de abordaje psicoterapéutico son muy variados; se encontrará una exposición de estas técnicas en la revisión de conjunto de N. Dopchie (1969). Las nuevas aproximaciones se caracterizan por describir mejor las técnicas empleadas y sus vicisitudes.

En la escuela ortogenética dirigida por B. Bettelheim (1967), la preocupación esencial es de crear para el niño, durante todo el día, un entorno favorable que le permita superar una buena parte de sus síntomas-defensa y establecer una buena relación privilegiada, teniendo por objeto el trabajo analítico la elaboración de imágenes relativamente estables con relación a sus necesidades individuales. Esto sólo es posible si actuamos sobre estos niños durante un largo período en una institución adecuada y con un método de inspiración psicoanalítica cuya finalidad estriba en dotarlo de una vida presente para que pueda tener un pasado (y no una alineación con relación al espejismo del pasado) y un futuro.

R. Misès transformó un hospital de corte antiguo, la Fundación Vallée, en un servicio dinámico; su plan terapéutico se amplió con el comienzo de un hospital diurno. En Francia se abrieron muchos hospitales diurnos, en donde se atienden casos denominados graves entre los que se encuentra un gran número de niños psicóticos; en Ginebra, se creó un hospital diurno en el cual sólo se asiste a niños cuyo diagnóstico es el de psicosis infantil.

Estas instituciones tienen puntos en común y variantes que dependen de la organización del equipo, de la formación del personal a su disposición y de las tendencias psicoanalíticas más o menos formales.

En conjunto, la tendencia actual consiste en tratar a estos niños de una manera intensiva en hospitales diurnos, contando con la colaboración de los padres.

Según B. A. Ruttenberg (1971), la primera etapa terapéutica consiste en establecer un contacto con el niño, una intrusión demasiado brusca que puede provocar un retiro. Para dicho autor, las primeras relaciones se llevan a cabo por una aproximación física del niño en modalidades táctiles, rítmicas, vocales y cinestésicas, situándose al nivel del funcionamiento sensoriomotor y vocal del niño, reflejando su conducta y, por imitación, fusionándose con él. Las zonas o puntos contactados son los islotes relativamente sanos del funcionamiento del Yo autónomo, los fragmentos del Yo y los núcleos subdesarrollados, así como la capacidad para una relación parcial.

Esta clase de contacto se establece a través de un personal cuidadosamente seleccionado, no especializado, pero con características de disponibilidad porque, como afirma dicho autor, muchos psiquiatras que efectuaron un aprendizaje profesional válido no han conservado el grado necesario de empatía sin miras y de respuesta intuitiva o no tienen tiempo de centrar su atención sobre un niño con la continuidad y la intensidad requeridas. Psiquiatras especializados supervisan esta actividad, la mantienen, dirigen y corrigen en caso de necesidad, al tiempo que conceptualizan el trabajo intuitivo de este personal. Aportan su ayuda a los padres a fin de hacerles retroceder con relación a sus conflictos identificatorios y desculpabilizarlos respecto de su niño autista. En el transcurso de la evolución se introducen terapias especiales suplementarias (terapia del lenguaje y de la comunicación; terapia por la música y por movimientos corporales a fin de desarrollar el dominio de la imagen del cuerpo). Una psicoterapia más formal, sobre una base psicoanalítica, efectuada por un psicólogo y dos psiquiatras, es emprendida de ordinario cuando el desarrollo del lenguaje y del afecto ya está empezado.

La terapia del desarrollo de E. Schopler y cols. (1971) se fundamenta en un modelo psicobiológico según el cual hay una jerarquía discernible de respuestas y distorsiones para sistemas receptores particulares. Según este autor, la acción sobre los sistemas de receptores próximos parece ser el mejor punto de partida. El tratamiento se refiere sobre todo a la falta de relaciones humanas, los trastornos motores y perceptivos, la alteración del desarrollo cognitivo y la dificultad para expresar motivaciones propias. Para aplicar este programa, debemos identificar los sistemas de receptores y los modelos de estímulos que el niño puede recibir y expresar en una respuesta organizada; tenemos que proporcionarle las condiciones favorables para que pueda practicar y expresar su propia organización; este programa está estructurado de tal modo que reduce las distorsiones exageradas en el vínculo padres-niños, participando los padres como coterapeutas. Fueron varios los autores que siguieron este método (J. H. White y cols., 1972). La actitud actual de M. Rutter (1971) se funda en la aplicación de "técnicas conductistas", utilizando a los padres como coterapeutas según el modelo de E. Schopler y R. J. Reichler.

Muchas investigaciones norteamericanas se refieren, desde hace algún tiempo, a la terapia por el condicionamiento operante, a continuación de C. B. Ferster (1961) y O. I. Lovaas (1965). Se podrá consultar a O. I. Lovaas (1971), P. G. Ney y cols. (1971), D. W. Churchill (1969), y R. M. Browning (1971). En términos generales, los psicoanalistas se oponen fuertemente a la aplicación de estos métodos; B. Bettelheim (1967), en particular, se alza contra esta "doma" de los niños autistas, tratados como objetos, fuera de todo cuadro de referencia que abarque la totalidad de la experiencia humana. En lo concerniente al tratamiento del niño, creemos que no basta con fundarse en conceptos teóricos; se trata de saber en qué condiciones y en qué casos puede revelarse necesario un tipo de terapéutica. Un psicoanalista, B. A. Ruttenberg, por ejemplo, aunque rechaza el modelo teórico de los condicionistas, admite que estas técnicas pueden salvar la vida cuando se utilizan para poner fin a la conducta autodestructora; sabemos en qué grado somos impotentes frente a los niños automutiladores. Cuando O. I. Lovaas trata a los mutiladores, inflige un sufrimiento a fin de que el niño adquiera propiedades reforzantes positivas; cuando el *stress* queda eliminado, los terapeutas cogen los niños en sus brazos, los besan y acarician; estos estímulos, signos de aprobación y de cariño, se asocian así con la reducción y la terminación del sufrimiento. Según B. A. Ruttenberg, los métodos del condicionamiento operante (si los utilizan de manera selectiva personas intuitivas en el momento apropiado) dan buenos resultados pero, como ya lo señalamos, el autor

observó que los equipos utilizaban también a la madre, aunque apenas la mencionaran en sus publicaciones. Señalemos que el tratamiento de O. I. Lovaas, consistente en introducir recompensas simbólicas, sería, según él, similar a la psicoterapia, por ejemplo, en la medida en que se trabaja por el restablecimiento de las significaciones interpersonales. E. Schopler y cols., comparan diferentes métodos psicoterapéuticos y educativos, muy especialmente la ludoterapia, relativamente no estructurada, no directora y psicoanalítica, y las técnicas muy estructuradas del condicionamiento operante; subrayan, sin embargo, que la separación entre estas dos terapéuticas no es completamente pura. La característica de la investigación consiste en hacer una comparación intra-sujetos, es decir un tratamiento relativamente estructurado durante dos semanas seguido de otro no estructurado durante el mismo tiempo, y volver a comenzar el ciclo. Como cabía esperar, sus resultados no son muy convincentes; piensan, en efecto, que el grado y el tipo de estructura deberían ser adaptados individualmente al niño y a sus diversos niveles de funcionamiento. Como ellos dicen, la situación de aprendizaje óptima para los niños autistas, lo mismo que para cualquier niño, debe comportar a la vez una buena estructura externa para que puedan adquirir nuevos modelos de aprendizaje, y una cierta libertad con relación a esta estructura a fin de que puedan poner en práctica estos modelos después de haberlos dominado e interiorizado.

Si la comparación intrasujetos, como la de E. Schopler, parece poco válida, resulta muy complicado hacer estudios comparativos de terapéutica intersujetos, dadas las extremas dificultades en la elección de sujetos que puedan compararse válidamente.

V. — EVOLUCIÓN DE LAS PSICOSIS INFANTILES

La evolución de las psicosis infantiles es diversamente apreciada. Los estudios y las catamnesis plantean el problema del diagnóstico propiamente dicho, pero también el de las variedades evolutivas a partir de formas muy diferentes en cuanto a la sintomatología y a la edad de inicio. Estudiando 140 niños que habían sido diagnosticados de esquizofrenia a las edades de 6 a 12 años, L. Bender confirma su diagnóstico en un 66% de los casos en un nuevo examen 12 años después. Muchos autores han realizado este estudio pronóstico, pero aquí sólo analizaremos los trabajos de L. Eisenberg sobre los niños autistas y los más recientes de A. L. Anell, M. Creak, los de M. Rutter y L. Lockyer, de I. Kaufman y cols., de G. Bollea y del Servicio de Neuropsiquiatría infantil de la Salpêtrière.

A. L. Anell, estudiando 115 niños que presentaron un síndrome psicótico antes de los 10 años, revisados de 5 a 14 años después, confirma el diagnóstico de esquizofrenia en 43, mientras que 16 tienen características normales, 5 tienen una demencia de base orgánica, 1 presenta una psicosis maniaco-depresiva y los demás, trastornos mentales no psicóticos de los cuales 18 son designados como "esquizoides" por el autor.

M. Creak, en 100 niños diagnosticados de esquizofrenia seguidos durante 5 a 15 años, observa que: 17 pueden considerarse curados con retraso mental, 10 presentan una gran mejoría, 31 viven en un hogar pero asisten a una escuela especial, 39 siguen hospitalizados y 3 han muerto.

E. Lestang-Gaultier y D. J. Duché, estudiando 29 niños diagnosticados de psicosis infantil antes de los 6 a 7 años, observan que el nuevo examen practicado a las

edades de 10 a 24 años, revela que más del 80% siguen siendo psicóticos, que el 17% no lo son pero tienen características esquizoides o presentan trastornos graves de la conducta, y sólo 2 niños pueden considerarse normales. Entre los psicóticos se encuentran tres tipos de evolución: evolución demencial grave, evolución con regresión intelectual profunda, extravagancias importantes, discordancia del comportamiento y sobre todo muchos ritos obsesivos, y evolución esquizofrénica característica del tipo adolescente o adulto sin deterioro importante. Las dos terceras partes de los sujetos examinados no tienen ninguna actividad social o profesional.

Basándose en el estudio de dos grupos de niños psicóticos (uno compuesto por sujetos cuyos trastornos se iniciaron antes de los 10 años y el otro después de los 10 años), B. Lechevallier y H. Flavigny creen que la evolutividad es difícil de apreciar para los enfermos del segundo grupo, mientras que los dos tercios del primero se estabilizaron en un estado de secuelas después de una duración variable de tres a diez años. En conjunto, aunque la evolución hacia un cuadro demencial actual representa menos de un tercio de las observaciones, no ha sido observado ningún caso de curación ni de evolución hacia un cuadro neurótico.

Después de un estudio catamnésico de 63 niños de 5 a 15 años, diagnosticados de psicosis infantil (con un grupo de control de no psicóticos de edad, sexo y nivel intelectual equivalentes), examinados en la misma época y en el mismo hospital, M. Rutter y L. Lockyer encuentran aspectos que merecen ser señalados. El porvenir de los niños psicóticos se caracteriza por una escolaridad deficiente y por una falta de relación con los demás, pero en más de la mitad de los casos el autismo es menos acusado que en la fase inicial y en 9 casos ya no se observa. Cerca de la mitad de los sujetos que forman este grupo de niños psicóticos (31) no muestran ningún cambio en la utilización del lenguaje, 7 tienen un lenguaje más reducido y en 3 casos este deterioro se asocia con crisis comiciales aparecidas en la adolescencia. Los fenómenos rituales y compulsivos presentan tendencia a hacerse más complejos. En 10 niños, las crisis epilépticas aparecieron durante la adolescencia. En los dos grupos, la actividad pasa, durante el desarrollo, de la hipercinesia a la hipocinesia. Cuatro factores pueden relacionarse con un mal pronóstico: C. I. menor de 60; trastorno clínico grave al principio; retraso grave del desarrollo del lenguaje (déficit profundo de reacciones a los sonidos y falta del lenguaje útil a los 5 años); escasa o nula escolarización.

Según M. Rutter y L. Lockyer, no puede establecerse un pronóstico en función del tratamiento empleado.

Los resultados de nuestra experiencia personal coinciden con los de G. Bollea, que basa sus investigaciones en un estudio clínico-evolutivo. Según este autor, en los enfermos examinados al final de la pubertad se pueden encontrar los siguientes cuadros clínicos.

— En un 10 al 15%, de los casos (independientemente del inicio agudo o subagudo), el resultado es un cuadro demencial con estereotipias, muecas, risas inmotivadas, crisis de delirio poco estructurado, etc.; cuadro que no se debe confundir con el de la insuficiencia mental.

— Alrededor del 20% de los casos evolucionan hacia una forma de psicosis "enquistada", en la que el cuadro clínico difiere poco de las características iniciales. Se observa la persistencia de signos de autismo, angustia, estereotipias, movimientos rítmicos iterativos con una organización ritual que atestigua los mecanismos obsesivos de defensa.

El grupo que conduce a una forma de psicosis enquistada se caracteriza por un inicio más lento y más atípico, los sujetos han tenido un C. I. superior a 80 y un

autismo que nunca ha sido total, mientras que en los sujetos del otro grupo el autismo es total desde el principio y se observa un retraso del desarrollo del lenguaje y un retraso intelectual.

— Alrededor del 25% de los casos, cuya sintomatología se ha estabilizado poco a poco, presentan conductas atípicas que pueden clasificarse con la denominación de cuadro psicopático de tipo parásito. Se trata de enfermos con comportamiento extraño, humor variable, sujetos a impulsos inofensivos, que viven en un estado de dependencia o de simbiosis.

— Un 35% de los casos terminan en una insuficiencia mental típica media o grave, en la cual se pueden aislar dos síndromes, uno de insuficiencia mental o encefalopatía, acompañado de una distorsión psicótica de la personalidad, y otro caracterizado por una estructura psicótica pura, todos los sujetos de este grupo presentan de una forma clara una detención del desarrollo psíquico después de la edad de 7 a 8 años.

Según G. Bollea, algunos datos permiten establecer un pronóstico: desfavorable cuando existe un C. I. inferior a 80, estereotipias y movimientos rítmicos iterativos graves, automutilación, lenguaje escaso o nulumamente desarrollado y mutismo; favorable cuando, a pesar de los síntomas ya señalados, existe una mejoría después de uno o dos años de tratamiento y una precocidad innegable en la instauración de la terapéutica.

Coincidimos con este autor en señalar la dificultad de extraer conclusiones precisas en función de los estudios catamnésicos publicados, ya que éstos engloban casos tratados o no, institucionalizados o no, que han seguido tratamientos únicos, variados o múltiples desde el punto de vista farmacológico, psicopedagógico y psicoterápico.

La clasificación evolutiva de los casos estudiados por S. Lebovici podría ser la siguiente:

a) Los casos más o menos claros de autismo evolucionan hacia la persistencia inicial del caso, verdaderamente "a-relacional", o hacia la aparición de relaciones de objeto tardías y atípicas, en las que podemos observar todos los trastornos de la evolución del lenguaje, extraño y asintáxico. Las palabras son sobre-investidas y no se emplea, su valor simbólico, mientras que las particularidades de la relación fusional y simbiótica aparecen en el *transitivismo*: el niño, aparentemente ecológico, se designa por su nombre, el pronombre de la tercera persona o el de la segunda.

b) Otros casos evolucionan hacia el cuadro de la psicosis infantil. En ellos se observan los mecanismos psicopatológicos que les son propios. Su punto de desenlace puede ser la psicosis del adulto, la organización de formas oligofrénicas y la neurotización, que probablemente tiene el mejor pronóstico.

c) Esta triple evolución representa igualmente la gama de las diversas posibilidades que observamos en las formas de aparición más tardía, pero cuyo pronóstico de conjunto parece ser mejor, sobre todo en los casos que suceden claramente a un traumatismo.

Como dijo R. Misès, no se estudiará seriamente el porvenir de los niños psicóticos mientras no se haya montado la red necesaria para su diagnóstico precoz y en una terapia intensiva.

I. Kaufman y cols., llevaron a cabo un trabajo muy interesante. Compararon 10 casos que mostraban la máxima mejoría con otros 10 que mostraban la mínima, sobre un total de 40 niños esquizofrénicos y sus familias. Emplearon un cuadro de referencia psicoanalítica y vieron estos casos en psicoterapia mediocre durante cuatro a cinco años. Además, agregaron partes del entorno tales como escuelas y programas

de grupo, antes que medicamentos y terapéuticas de choque. Este estudio saca a la luz algunos factores que diferencian los más mejorados de los menos mejorados. Los resultados terapéuticos óptimos se obtienen gracias a la calidad del investimento emotivo del terapeuta, a la ausencia de cambio de éste (salvo en los casos en que es deseable una nueva transferencia), a la sincronización de los factores del tratamiento (que el terapeuta debe asumir completamente a fin de que tenga la posibilidad de ofrecer su apoyo a los diversos participantes), y al apoyo (capital) de los padres para la mejoría del niño. Incluso cuando la terapia es óptima desde el punto de vista de la sincronización, investimento y continuidad, los progresos sólo son buenos en la medida en que el niño recibe un apoyo emotivo por parte de sus padres o de los sustitutos de éstos. Estos autores subrayan que en algunos casos en que el niño mejoró en gran medida, los padres se habían beneficiado, por su parte, de un apoyo suficiente de su propio tratamiento. I. Kaufman y cols., concluyen que la ausencia de uno de los tres apoyos de entorno (psicoterapia competente, actitudes positivas de los padres, fuerte terapia adjunta como escuela o curas diurnas) puede inclinar la balanza en el sentido de la mejoría.

En el libro de B. Bettelheim se trata de la evolución de los niños cuyo modo de abordaje terapéutico es claramente precisado. Algunas monografías nos traen la dinámica de la nueva organización del niño (T. Reca) o de la madre y del niño (S. Lebovici y J. McDougall).

*
* *

Resulta difícil prever la evolución de las psicosis precoces dado el número de variedades descritas en el cuadro de esta noción. Por nuestra parte, trataremos de acabar con la evolución de los grupos relativamente mejor definidos, a saber: las formas de *autismo*.

Repetidas veces, L. Kanner y cols., relataron catamnesias de niños autistas. En 1971 estudiando la catamnesia de 9 de los 11 casos referidos en su edición inicial de 1943, dicho autor sólo encuentra dos "éxitos reales", uno de los cuales lo atribuye a una pareja de granjeros. Los otros sujetos los encontró en instituciones padeciendo de estados deficitarios, dos de los cuales presentaban crisis epilépticas. L. Kanner y cols. (1972), estudiando la evolución de 96 niños autistas del Johns Hopkins Hospital vistos antes de 1953, encuentran a 9 de ellos que evolucionan de una manera relativamente favorable, es decir que llegaron a un ajuste social suficiente para ser independientes. Estos 9 sujetos utilizaban el lenguaje antes de los 5 años de edad y habían permanecido con la familia hasta la edad escolar, estando después en relación permanente con ella y no residiendo ninguno de ellos en una institución para retrasados mentales.

De acuerdo con sus estudios catamnésicos, M. Rutter (1972) afirma que los niños autistas no se comportan ulteriormente como esquizofrénicos, no presentando, en particular, ideas delirantes ni alucinaciones. Las anomalías del lenguaje persisten habitualmente, las relaciones interpersonales mejoran pero siguen siendo deficientes, y las rarezas de la conducta de tipo obsesivo disminuyen sin desaparecer del todo. Puede que el resultado más sorprendente que resalta en estudios catamnésicos de niños autistas sea la mayor diferencia en la evolución entre los de inteligencia normal y los que presentan un retraso mental asociado. Para el niño autista de C. I. bajo, el pronóstico es malo desde cualquier punto de vista y susceptible de presentar crisis epilépticas. Casi todos los que tienen un C. I. por debajo de 50 acaban en una institución. En contraste llamativo, el niño autista de C. I. normal tiene un pronóstico mucho mejor; aunque son muy pocos los que curan, alrededor del 40% mejoran lo suficiente para tener un empleo estable.

En sus estudios catamnésicos, L. Kanner señala que los niños no recibieron una terapéutica particular para el autismo; tal sería pues la historia natural de la enfermedad.

B. Bettelheim que, como sabemos, se dedicó al tratamiento psicoterápico intensivo de los niños autistas en institución, compara en su obra sus propios resultados con los descritos por L. Eisenberg (1956). Mientras que éste sólo refiere un 5% de buenos resultados, B. Bettelheim logra que el 42% de autistas trabajen y se desenvuelvan solos en la sociedad, incluso si les quedan algunas taras de la personalidad; 5 sobre 17 cursan estudios universitarios y 2 están casados, siendo uno de ellos padre de familia.

VI. — UNIDAD Y PLURALIDAD DE LAS PSICOSIS

A pesar de los miles de estudios (muy desiguales) sobre las psicosis del niño, persiste una confusión tanto desde el punto de vista de la clasificación como de la patogenia. Esto no es fruto del azar; algunos autores dejan aparecer incluso una cierta ambigüedad en su posición personal.

La noción de lo innato es ampliamente defendida por algunos bajo diferentes formas: bajo la forma de herencia de una enfermedad o de factores propicios para originarla, o bajo la forma de un tipo particular de constitución en el amplio sentido de la palabra; a veces se lanzó la hipótesis (más específica) de la existencia en los niños autistas de una barrera propia, dotada de un valor en sí, junto a una falta de utilización o a una distorsión de las aferencias, creando una estructura particular que desorganiza el modo de relación padres-niño.

Como indica E. J. Anthony, ya tenía Kanner en 1956 la impresión de que el autista poseía una incapacidad de base innata para establecer contactos con los demás y E. H. Erikson (1950) sostenía que había una debilidad innata en el "poder de enviar mensajes"; muchos otros autores sostuvieron la tesis de una "debilidad de contacto primario" afectando al organismo en su conjunto y limitando su proyección en el entorno. Para L. Bender, el hecho de que el tiempo entre el nacimiento y la aparición de la desviación sea demasiado breve para permitir a los factores del entorno provocar un trastorno tan inexorable para toda la vida, estaría a favor de los factores "innatos", "constitucionales" u "orgánicos", en el origen de la esquizofrenia y del autismo.

Para B. Bettelheim, no hay ninguna prueba tangible de la existencia del autismo en el nacimiento o inmediatamente después; incluso para R. J. Schain y H. Yannet, así como para G. Bosch, la mayoría de los padres remontan la conducta anormal al segundo año. El problema consiste en saber si los acontecimientos pueden desempeñar un papel desde el nacimiento, apareciendo los trastornos más claramente en el transcurso del segundo año. Por otra parte, hemos visto, que las investigaciones a partir de los gemelos, que hubieran podido tener un gran valor, no son convincentes. Hay que decir que la oposición entre aprendido y no-aprendido conduce a un callejón sin salida que debería poderse superar. Ocurre lo mismo con la noción de orgánico y no-orgánico, porque creemos que, en la hipótesis de niños que padecen de lesiones cerebrales, la evolución sería diferente según el tipo de relaciones con el entorno; además, en una edad precoz, las modificaciones denominadas psicogenéticas

pueden producir desorganizaciones psicológicas parecidas a las causadas por lesiones evidentes. El problema no se plantea únicamente con relación a una carencia de lo que es ofrecido por la naturaleza, sino también con relación a un trastorno de la integración de los funcionamientos sucesivos. Es evidente que un trastorno de los receptores puede desorganizar los funcionamientos, pero también es cierto que una ruptura en el mundo relacional puede provocar un trastorno de la utilización de los receptores.

Podemos preguntarnos además si es válido comparar una ausencia de aportaciones o de elaboración precoz con un proceso disolutivo.

Desde un punto de vista histórico, resulta curioso comprobar que muchos autores retuvieron una hipótesis psicogénica sobre el autismo o la psicosis de la primera infancia, a partir de los primeros trabajos de L. Kanner (1943, 1954). Las investigaciones siguientes no apuntalaron esta teoría. El trabajo de I. Kolvin y cols. (1971), en particular, muestra antecedentes neurofisiológicos importantes para la psicosis de la primera infancia y para la de comienzo tardío complicada. El único subgrupo en el que se puede especular sobre los posibles desencadenadores psicogénicos es el grupo de las psicosis "puras" con comienzo tardío e, incluso en este caso el asunto es incierto.

Los resultados, en los términos de segundo-plano familiar y social, parecen invalidar con mucho la hipótesis según la cual la psicosis de la primera infancia equivale, en la infancia, a la esquizofrenia del adulto. Por otro lado, algunos elementos sugieren mucho un vínculo genético entre psicosis de comienzo tardío y esquizofrenia del adulto. Son necesarios otros estudios para validar estos resultados sobre la heterogeneidad de las psicosis de la infancia, pero resulta interesante saber que la clasificación de los casos según la edad de comienzo hace resaltar no sólo diferencias clínicas, sino también diferencias de segundo-plano familiar según los grupos.

¿Acaso los problemas de diferenciación clínica no responden a la metodología misma de I. Kolvin y cols.? Estos autores investigaron, en una edad ulterior para los pacientes de psicosis con comienzo precoz, algunos elementos de las psicosis de comienzo tardío, e inversamente, para los pacientes de psicosis de comienzo tardío, rasgos pasados o presentes que podrían evocar una psicosis de comienzo tardío. Como lo indica este autor, los resultados simplemente pueden reflejar los criterios de evaluación, corriendo aquí el riesgo de "circularidad".

Aun aceptando la diferencia entre estos dos grupos, I. Kolvin y cols., consideran que algunas formas son claramente distintas, pero que la diferenciación sigue siendo aún discutible en ciertos casos.

La unidad de las psicosis del niño es práctica, pero ¿son asimilables las patogenias de las diversas formas? Podemos preguntarnos igualmente si existe una continuidad o discontinuidad a partir de una matriz común y si la historicidad es lineal, estando camuflada la sintomatología al principio y tomando la figura con relación al fondo una forma particular a partir de ciertos elementos de sucesos.

En su análisis crítico, R. Misès (1969) considera que la evolución de las hipótesis de trabajo conducirá cada vez más a la referencia a una teoría compleja de la psicosis estableciendo una separación suficiente entre el cuadro de la investigación de los factores patógenos y el cuadro de la elaboración de un modelo teórico. En efecto, algunos examinaron trastornos particulares susceptibles de esclarecer parcialmente la patogenia sin dar una respuesta global ni permitir la elaboración de una tesis unificadora; otros, creyendo abarcar la totalidad de la psicosis a partir de una aproximación parcial, desarrollan teorías que de hecho dejan aparte determinados factores esenciales. Se mantendrá una tendencia unificadora fundada en criterios de continuidad

evolutiva y de similitudes estructurales, pero algunos, a pesar de admitir una similitud entre las diversas variedades clínicas, volverán a introducir una nueva diferenciación en el interior del grupo. Como subraya dicho autor, algunos de éstos llegan a borrar los rasgos diferenciales entre las diversas organizaciones patológicas de la edad precoz y otros intentan extraer los rasgos de la estructura interna del sujeto mismo y otros guardan el sitio más amplio en el cuadro patológico para la relación vivida con el entorno en sus diversas coordenadas históricas y actuales. La escuela inglesa de psicoanálisis, inspirada en M. Klein, sigue interesada en el examen de las fases iniciales del desarrollo en una perspectiva patogénica (el punto de fijación de la psicosis) antes que en la investigación de los rasgos estructurales específicos.

G. Amado, partiendo de las ideas de J. Lacan, piensa que la "carencia de ser" de estos niños "puede acreditar la imagen contenida en el término de 'psicosis nuclear': es el centro mismo de la persona el que está atacado, en lugar de un lleno hay un vacío". "Cualquiera que sea su interpretación simbólica en calidad de estadio de desarrollo más elaborado, esta carencia se sitúa en el ser antes de cualquier división en percepción, inteligencia y afectividad". Según dicho autor, podemos pensar que el "vacío", la falla original del estado psicótico y prepsicótico de la infancia puede estar más o menos recubierto, pero no separado. Raramente estos niños llegan a ser esquizofrénicos en el sentido clásico. Sin embargo, en clínica de adultos (cuando la psicosis infantil o la esquizofrenia del adolescente deja de evolucionar y se enquistas), la sintomatología tardía se le parece mucho a veces y puede hacer difícil el diagnóstico retrospectivo, sobre todo si no se dispone de datos anamnésticos sobre cada uno de los primeros años.

Pero como los niños no evolucionan todos de la misma manera, si queremos comprender sus diversos tipos de evolución, tenemos que introducir (como lo hace R. Misès) otras dimensiones relativas a los arreglos internos y a la economía, abordadas generalmente en función de hipótesis de trabajo de orden genético. En este registro encontramos uno de los rasgos específicos de la psicosis que no siempre es evidente, pues esta falla no se traduce obligatoriamente en una ruptura inmediata y exteriorizada sin vacilación; aún más, la mayoría de las veces está oculta por reorganizaciones neuróticas o modalidades relacionales electivas que, en circunstancias favorables y sobre todo bajo la influencia del tratamiento, pueden abocar a una reintegración, mientras que, en otros casos, la separación del Yo consolida una falla no reducible por las reorganizaciones ulteriores, aun cuando la disimulen. Al comienzo de la edad adulta; estos sujetos, privados del equilibrio aportado hasta entonces por el medio familiar y sometidos además al cambio de la adolescencia, presentan a veces una verdadera psicosis.

Si aceptamos la existencia de una falta de organización o una desorganización a partir de la cual las vicisitudes del desarrollo pueden manifestarse tardíamente en forma de una psicosis, podemos preguntarnos en qué momento de la evolución se forma este modelo y cómo, después de arreglos sucesivos reaparece con el transcurso de los años en forma de un síndrome psicótico clínico. ¿De qué modo se vuelve psicosis simbiótica la posición esquizoparanoide de Melanie Klein (formando parte de la evolución psicológica normal) o la relación simbiótica de M. Mahler? En un informe complejo, E. Abelin describe las psicosis desde la infancia hasta la edad adulta sobre la base de una nosografía psiquiátrica nueva, redefinida en términos de organizadores y de sus sustitutos verbales. Los cuatro tipos de organizadores descritos por él se corresponden y difieren a niveles estructurales. Admite que la constitución premórbida endógena debe consistir en una disarmonía evolutiva o transformación madurativa "defectuosa".

Para algunos, como L. Bender, la esquizofrenia debe describirse a partir de un modelo indiferenciado plástico embriológico de la maduración de todas las funciones biológicas y psicológicas humanas. Como modelo médico, lo que se consideraba una esquizofrenia es una "esquizofrenia descompensada". Sólo algunos seres humanos que forman parte de la corriente de la herencia esquizofrénica son vulnerables a los trastornos. Para dicho autor, la esquizofrenia es un fenómeno evolutivo y, en este sentido, hay una "alfa y una omega de la esquizofrenia" indicando la infinitud. Para otros, la psicosis infantil puede ser provocada por factores traumáticos, situaciones inevitables o agobiantes para el niño. Hay que hacer una separación entre estas diferentes tendencias, es decir entre las que dependen de lo innato de un núcleo psicótico primario, precozmente constituido y persistente, y las que se descubren más tarde por haber estado camufladas. Como dice R. Misès, las diversas maneras de aproximación a la estructura psicótica obligan a considerarla desde diferentes ángulos en los que tan pronto se hace hincapié en la intencionalidad, como en las fallas de la organización simbólica, como en las tentativas de reorganización en la historia del desarrollo. Es fácil, afirma dicho autor, subrayar que los trabajos centrados sobre la intencionalidad dejan intacto el problema de la inscripción de las fallas y de los cambios estructurales y que, inversamente, los estudios genéticos reducen demasiado a menudo la razón de la psicosis a una distorsión en la organización de las funciones del Yo. En realidad, si no nos encerramos en una teoría unificadora, esta diversidad aparece estrechamente ligada con la complejidad misma de la psicosis, susceptible actualmente de ser aprehendida en sus formas centrales y situada en sus relaciones con la patología del adulto.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelin, E. — *Esquisse d'une théorie étiopathogénique unifiée des schizophrénies*. Hans Huber, Berna, Stuttgart, Viena, 1971.
- Bellak, L., ed. — *Schizophrenia*. Biblio. Schiz. Infantile, págs. 915-918. Logos Press N. Y., 1958.
- Bettelheim, B. — *The empty fortress*. 1967. Trad. fr.; *La forteresse vide*. Edit. Gallimard, París, 1969.
- Bosch, G. — *Der frühkindliche Autismus*. Springer-Verlag, Berlín, 1962.
- Churchill, D. W., Alpern, G. D., y Demyer, M. K., eds. — *Infantile autism*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Goldfarb, W. — *Childhood schizophrenia*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1961.
- Goldfarb, W., y Dorsen, M. M. — *Annotated bibliography of childhood schizophrenia and related disorders*. Basic Books, Nueva York, 1956.
- Hermelin, B., O'Connor, N. — *Psychological experiments with autistic children*. Pergamon Press, Londres, 1970.
- Misès, R., Moniot, M. — *Les psychoses de l'enfant*. En *Encyclop. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1970, 37299, M¹⁰/14 p., M²⁰/20 p., M³⁰/4 p.
- Perrinmond, J. — *L'examen intellectuel dans les schizophrénies de l'enfant*. Thèse Marseille, 1965, 297 págs. (dactil.)
- Rimland, B. — *Infantile autism*. 282 págs. Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1964.
- Tilton, J. R., De Myer, M. K., Loew, L. H. — *Annoted bibliography on childhood schizophrenia, 1955-1964*. Grune and Stratton, Nueva York y Londres, 1966.
- Weber, D. — *Der frühkindliche Autismus unter dem Aspekt der Entwicklung*. Hans Huber, Berna, 1970.
- Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Bruselas, 1969: Les psychoses infantiles, por Duché, D. J., Stork, H., y Tomkiewicz, S. — *L'approche thérapeutique des psychoses infantiles*, par Dopchie, N., Masson et Cie, édit., París.
- *
*
*

- Abelin, E. — Le milieu familial des enfants psychotiques. *Méd. et Hyg.*, 1963, 21, 426-428.
- Ajuriaguerra, J. de, Diatkine, R., y Kalmanson, D. — Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces. *Psychiat. Infant.*, 1959, 2/1, 1-65.
- Ajuriaguerra, J. de, Inhelder, B., Jaeggi, A., Roth, S., y Stirlin, M. — Les troubles de l'organisation et la désorganisation intellectuelle chez les enfants psychotiques. *Psychiat. Inf.*, 1969, 12, 2, 309-412.
- Alanen, Y. O. — The mothers of schizophrenic patients. *Acta Psychiat. Scand.*, 1958, suppl. 124, 1-361.
- Alanen, Y. O., Arajärvi, C., y Viitamäki, R. O. — Psychoses in childhood. *Acta Psychiat. Scand.*, suppl. 174 (ad vol. 40), 1964.
- Allen, J., DeMyer, M. K., Norton, J. A., Pontius, W., y Yang, E. — Intellectuality in parents of psychotic, subnormal and normal children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 3, 311-326.
- Amado, G. — Les états psychotiques du début de l'âge scolaire à la pré-puberté. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 75-95.
- Annell, A.-L. — The prognosis of psychotic syndromes in children. *Acta Psychiat. Scand.*, 1963, 39/2, 235-239.
- Anthony, E. J. — An experimental approach to the psychopathology of childhood: Autism. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1958, 31, 211-255.
- Anthony, E. J. — An aetiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. *Z. Kinderpsychiat.*, 1958, 25, 89-96.
- Anthony, E. J. — Low-grade psychosis in childhood, 398-410. En *Proceedings of the London conference on the scientific study of mental deficiency*, vol. 2, 1960. Richards, B. W., ed.; May y Baker, Dagenham, Inglaterra, 1962.
- Asperger, H. — Diagnostische und heilpädagogische Probleme bei autistischen Kindern. *Mösch. Kinderheilk.*, 1964, 112, 206-208.
- Aubin, H., y Aubin, B. — Psychose hallucinatoire au long cours chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1962, 10, 341-351.
- Bakwin, H. — Early infantile autism. *J. Pediat.*, 1954, 45, 492-497.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., y Weakland, J. — Toward a communication theory of schizophrenia. *Behav. Sci.*, 1956, 1, 251-264.
- Beley, A., Benhamou-Teissier, F., y Roman-Heuyer, Y. — Problèmes posés par la schizophrénie infantile. *Ann. Méd. Psychol.*, 1957, 115/1, 109-115.
- Bemporad, J. R., y Dunton, H. D. — Catatonic episodes in childhood. *Int. J. Child Psychother.*, 1972, 1, 19-44.
- Bender, L. — Childhood schizophrenia: clinical study of one hundred schizophrenic children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1947, 17, 40-56.
- Bender, L. — Hallucinations in children, 16-50. En *A dynamic psychopathology of childhood*; Bender, L., ed.; Thomas-Springfield, Ill., 1954.
- Bender, L. — The nature of childhood psychosis, 649-684. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., ed.; Oliver et Boyd, Edimburgo, 1969.
- Bender, L. — The life course of schizophrenic children. *Biol. Psychiat.*, 1970, 2, 165-172.
- Bender, L. — A longitudinal study of schizophrenic children with autism, 402-416. En *Annual progress in child psychiatry and child development*; Chess, S., Thomas, A., eds.; Brunner/Mazel, Nueva York, 1970.
- Bender, L. — Alpha and omega of childhood schizophrenia. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 115-118.
- Bender, L., Andermann, K. — Brain damage in blind children with retrolental fibroplasia. *Arch. Neurol.*, 1965, 12, 644-649.
- Benedetti, R. G. de. — Le allucinazioni nell'infanzia. *Infanz. Anorm.*, 1959, 32, 291-308.
- Bergman, P., Escalona, S. — Unusual sensitivities in very young children. *Psychoanal. study child*, 1948-1949, 3-4, 499-506.
- Biermann, G. — Die seelische Entwicklung des Kindes im Familienmilieu Schizophrener. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir. Psychiat.*, 1.^a parte: 1966, 97, 87-132; 2.^a parte: 1966, 97, 329-360.
- Bollea, G. — *Pronostics des psychoses infantiles*. Número especial, IV^o Congrès Mondial de Psychiatrie, Sandorama, 1966.
- Böök, J. A., Nichtern, S., Gruenberg, E. — Cytogenetical investigations in childhood schizophrenia. *Acta Psychiat. Scand.*, 1963, 39, 309-323.
- Bradley, C. — *Schizophrenia in childhood*. Mc Millan, Nueva York, 1941.
- Brask, B. H. — The need for hospital beds for psychotic children. An analysis based on a prevalence investigation in the county of Ärlus. *Ugeskr. Laeg.*, 1967, 129, 1559-1570.

- Bresson, M. F. — Étude sur le langage des enfants schizophrènes. *Rééducation orthophonique*, sept.-oct. 1969, 7, 296-309.
- Browning, R. M. — Treatment effects of a total behavior modification program with five autistic children. *Behav. Res. Ther.*, 1971, 9, 4, 319-328.
- Cain, A. C. — Special "isolated" abilities in severely psychotic young children, 417-435. En *Annual progress in child psychiatry and child development*; Chess, S., y Thomas, A., eds.; Brunner/Mazel, Nueva York, 1970.
- Campbell, M., Fish, B., Shapiro, Th. y Floyd, A. Jr. — Imipramine in preschool autistic and schizophrenic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 267-282.
- Coren, H. Z., y Saldinger, J. S. — Visual hallucinations in children. A report of two cases. *Psychoanal. study child*, 1967, 22, 331-356.
- Creak, E. M. — Childhood psychosis. A review of 100 cases. *Brit. J. Psychiat.*, 1963, 109, 84-89.
- Creak, E. M. — Schizophrenic syndrome in childhood; further progress report of a working party. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1964, 4, 530-535.
- Creak, E. M., e Ini, S. — Families of psychotic children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1960, 1/2, 156-175.
- Crosato, F. — Bouffées allucinatoires nell'infanzia. *Infanz. Anorm.*, 1971, 124, 437-468.
- Cunningham, M. A. — A five-year study of the language of an autistic child. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1966, 7, 143-154.
- Cunningham, M. A. — A comparison of the language of psychotic and non-psychotic children who are mentally retarded. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1968, 9, 229-244.
- Chazaud, J. — Vues sur l'héboïdophrénie. *Encéphale*, 1964, 53, 671-685.
- Chess, S. — Autism in children with congenital rubella. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 1, 33-47. Rééd. en *Annual progress in child psychiatry and child development*; Chess, S., Thomas, A., eds.; Brunner/Mazel, Butterworths, Nueva York, Londres, 1972.
- Churchill, D. W. — Psychotic children and behavior modification. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 125, 11, 139-144.
- Churchill, D. W. — The relation of infantile autism and early childhood schizophrenia to developmental language disorders of childhood. *J. Autism Child. Schizo.*, 1972, 2, 2, 182-197.
- Dawes, R. M. — An unexpected correlate of psychopathology among children of schizophrenic couples. *J. Psychiat. Res.*, 1968, 6, 201-209.
- DeMyer, M. K., Churchill, D. W., Pontius, W., y Gilkey, K. M. — A comparison of five diagnostic systems for childhood schizophrenia and infantile autism. *J. Autism Child. Schizophrenia*, 1971, 1, 2, 175-189.
- Deslauriers, A., y Halpern, F. — Psychological tests in childhood schizophrenia. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1947, 17, 57-67.
- Despert, J. L. — Delusional and hallucinatory experiences in children. *Amer. J. Psychiat.*, 1948, 104, 8, 528-537.
- Despert, J. L. — *Schizophrenia in children*. Collected papers, Brunner/Mazel, Nueva York, 1968.
- Deykin, E. Y., Klerman, G. L., y Armor, D. J. — The relatives of schizophrenic patients: clinical judgments of potential emotional resourcefulness. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1966, 36/3, 518-528.
- Diatkine, R., Stein, C., y Kalmanson, D. — Psychoses infantiles. *E.M.C. Psychiat.*, 1959, 37299, M 10.
- Diatkine, R. — L'enfant prépsychotique. *Psychiat. Infant.*, 1969, 12, 413-466.
- Dopchie, N. — L'approche thérapeutique des psychoses infantiles, 125-200. En *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Bruselas; Masson et Cie, Paris, 1969.
- Dratman, M. — A psychoanalytically based paradigm of etiology, process, and treatment techniques of childhood autism. Workshop: "Multidisciplinary Approach to the Study and Treatment of Infantile Autism-II." *American Orthopsychiatric Association Annual Meeting*, Washington, D. C., 1967.
- Edgell, H. G., y Kolvin, I. — Childhood hallucinations. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1972, 13, 279-287.
- Eggers, Ch. — L'influence du milieu familial sur le cours de schizophrénies infantiles et prépubertaires. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 2, 157-166.
- Eisenberg, L. — The fathers of autistic children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1957, 27, 715-724.
- Eisenberg, L., y Kanner, L. — Early infantile autism 1943-1955. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 556-566.
- Escalona, S. — Some considerations regarding psychotherapy with psychotic children. *Bull. Menninger Clin.*, 1948, 12, 4, 126-134.

- Essen-Müller, E. — Twenty-one psychiatric cases and their co-twins. *Acta genet.*, 1970, 19, 315-317.
- Feather, B. W., y Rhoads, J. M. — Psychodynamic behavior therapy. *Arch. gen. Psychiat.*, 1972, 26, 6, 496-511.
- Ferster, C. B. — Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Developm.*, 1961, 32, 437-456.
- Fish, B. — The study of motor development in infancy and its relationship to psychological functioning. *Am. J. Psychiat.*, 1961, 117, 113-118.
- Fish, B., Shapiro, T., Halpern, F., y Wile, R. — The prediction of schizophrenia in infancy. A ten year follow-up report of neurological and psychological development. *Am. J. Psychiat.*, 1965, 121, 768-775.
- Fischer, M. — Psychoses in the offspring of schizophrenic monozygotic twins and their normal co-twins. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 118, 43-52.
- Fischer, M. — Genetic and environmental factors in schizophrenia. A study of schizophrenic twins and their families. *Acta psychiat. scand.*, suppl., 238, 1973.
- Fordham, M. — Contribution à une théorie de l'autisme infantile. *Psychiat. Infant.*, 1965, 8, 135-161.
- Gittleman, M., y Birch, H. G. — Childhood schizophrenia. Intellect, neurologic status, perinatal risk prognosis and family pathology. *Arch. Gen. Psych.*, 1967, 17, 16-25.
- Glavin, J. P. — Rapid oxygen change as possible etiology of RLF and autism. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 15, 301-309.
- Goldfarb, W. — An investigation of childhood schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 11, 620-634.
- Goldfarb, W. — Therapeutic management of schizophrenic children, 685-705. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., dir.; Oliver y Boyd, Edimburgo, 1969.
- Goldfarb, W., Goldfarb, N., Braunstein, P., y Scholl, H. — Speech and language faults of schizophrenic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1972, 2, 219-233.
- Goodman, J. — A case study of an "autistic-savant": mental function in the psychotic child with markedly discrepant abilities. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1972, 13, 267-278.
- Goodwin, M. S., Cowen, M. A., y Goodwin, T. C. — Malabsorption and cerebral dysfunction: a multivariate and comparative study of autistic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 48-62.
- Green, M. R., y Schecter, D. E. — Autistic and symbiotic disorders in three blind children. *Psychiat. Quart.*, 1957, 31, 628-646.
- Gunther, R., Kepecs, J. G., y Yahalom, I. — Differences in communicative impact between mothers of psychotic and nonpsychotic children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1966, 36/3, 529-543.
- Heller, T. — About dementia infantilis, 610-616. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., ed.; Oliver y Boyd, Edimburgo, 1969.
- Henry, J. — L'observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques. *Psychiat. Infant.*, 1961, 4/1, 65-203.
- Heuyer, G., Dublneau, J., y Morgenstern, S. — Réverie délirante chez un enfant. *Ann. Méd. Psychol.*, 1952, 90/1, 153-160.
- Heuyer, G., Lebovici, S., y Wassef, W. — La schizophrénie infantile. *Ann. Méd. Psychol.*, 1951, 109, 611-616.
- Himwich, H. E., Jenkins, R. L., Fujimori, M., Narasimhachari, N., y Eversole, M. — A biochemical study of early infantile autism. *J. Autism Child Schizo.*, 1972, 2, 114-126.
- Holter, F. R., y Rutter, B. A. — Initial interventions in psychotherapeutic treatment of autistic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 206-214.
- Hutt, S. J., y Hutt, C. — Stereotypy, arousal and autism. *Hum. Develop.*, 1968, 11, 277-286.
- Inhelder, B., Lézine, I., Sinclair, H., y Stambak, M. — Les débuts de la fonction symbolique. *Arch. Psychol.*, 1972, 41, 163, 187-243.
- Jaffe, S. L. — Hallucinations in children at a state hospital. *Psychiat. Quart.*, 1966, 40/1, 88-95.
- Jeri, F. R., y Sánchez, C. — Psicosis en la niñez de comienzo tardío. *Rev. Neuropsiquiat.*, 1971, 34, 2, 91-109.
- Jordan, K., y Prugh, D. G. — Schizophreniform psychosis of childhood. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3, 323-331.
- Kamp, L. N. J. — Autistic syndrome in one of a pair of monozygotic twins. *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 1964, 67, 143-147.
- Kanner, L. — Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child.*, 1943, 2, 217-250.
- Kanner, L. — Follow-up of eleven autistic children originally reported in 1943. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 2, 119-145.
- Kanner, L. — *Child psychiatry*, 4.^a ed. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1972.
- Kanner, L. — *Childhood psychosis: initial studies and new insights*. V. H. Winston and Sons, Washington, D. C., 1973.
- Kanner, L., Rodríguez, A., Ashenden, B. — How far can autistic children go in matters of social adaptation? *J. Autism Child. Schizo.*, 1972, 2, 1, 9-33.
- Kaufman, I., Frank, T., Friend, J., Heims, L., Weiss, R. — Success and failure in the treatment of childhood schizophrenia. *Am. J. Psychiat.*, 1962, 118, 909-913.
- Keeler, W. R. — Autistic patterns and defective communication in blind children with retrolental fibroplasia, 64-83. En *Psychopathology of communication*; Hoch, P., Zubin, J., eds.; Grune y Stratton, Nueva York, 1958.
- Kernberg, O. — Borderline personality organization. *J. Amer. psychoanal. Ass.*, 1967, 15, 641-685.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., y Schulsinger, F. — Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3, 302-306.
- Kolvin, I. y cols. — Six studies in the childhood psychoses. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 118, 545, 381-419.
- Koupernik, C., y Eisenberg, L. — Réflexions sur l'autisme infantile (1943-1969). *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 31-55.
- Krevelen, D. A. van. — Autismus infantum. *Acta Paedopsychiat.*, 1960, 27/3, 97-107.
- Krevelen, D. A. van. — Early infantile autism and autistic psychopathy. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 82-86.
- Krevelen, D. A. van. — Autismo infantil y psicopatía autística: dos manifestaciones de autismo. *Revista argentina de psiquiatría y psicología de la infancia y de la adolescencia*, 1971, 2, 2, 149-160.
- Krevelen, D. A. van, y Kuipers, Ch. — The psychopathology of autistic psychopathy. *Acta Paedopsychiatrica*, 1962, 29/1, 22.
- Kysar, J. E. — The two camps in child psychiatry. A report from a psychiatrist father of an autistic and retarded child. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 125, 1, 103-109.
- Lang, J. L. — Psychoses infantiles à expression déficitaires et "arriération-psychose". *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 119-140.
- Lang, J. L. — Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire, 97-112. En *Problems of psychosis*; Doucet, P., y Laurin, C., eds.; Excerpta med., 1971.
- Lang, J. L. y Shentoub, V. — Les schizophrénies infantiles; anamnèse et mode de début. 11.^e Congrès International de Psychiatrie, Zürich, 1957, 4, 137-146. Orell Füssli, 1959.
- Lanouzière, J., y Laine, T. — La relation d'objet chez l'enfant autiste. *Psychiat. Infant.*, 1972, 15, 2, 287-398.
- Laroche, J. — Les idées délirantes de l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1961, 4/1, 1-66.
- Launay, C., y Rauzy, A. — Psychoses de la période de latence: aspects cliniques. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 57-73.
- Lebovici, S. — A propos du pronostic de la psychose de l'enfant. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 141-158.
- Lebovici, S., McDougall, J. — *Un cas de psychose infantile. Étude psychanalytique*, 487 págs. P.U.F., Paris 1960.
- Lechevalier, B., y Flavigny, H. — Evolution de la schizophrénie chez le grand enfant et l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 51-76.
- Leonhard, K. — Ueber Kindliche Katatonien. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 1960, 12, 1-12.
- Lestang-Gauthier, E., y Duché, D. J. — Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles (l'enfant de moins de 7 ans). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 19-50.
- Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. R. — *Schizophrenia and the family*. Nueva York, International Univ. Press Inc., 1966.
- Lobascher, M. E., Kingerlee, P. E., y Gubbay, S. S. — Childhood autism: an investigation of aetiological factors in twenty-five cases. *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 525-529.
- Lockyer, L., y Rutter, M. — A five to fifteen follow-up study of infantile psychosis. III. Psychological aspects. *Brit. Med. J.*, 1969, 115, 865-882.
- Loeb, L. — Esquizofrenia en la adolescencia. *Rev. argent. de psiquiat. y psicol. de la infancia y adolesc.*, 1970, 1, 41-54.
- Lotter, V. — Epidemiology of autistic conditions in young children. I. *Prevalence. Soc. Psychiat.*, 1966, 1, 124-137.
- Lovaas, O. I. — Considerations in the development of a behavioral treatment program for psychotic children, 124-144. En *Infantile*

- autism; Churchill, D. W., Alpern, G. D., y DeMyer, M. K., dirs. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Lovaas, O. I., y Schreibman, L. — Stimulus overselectivity of autistic children in a two stimulus situation. *Behav. Res. Ther.*, 1971, 9, 4, 305-310.
- Lovaas, O. I., Litrownik, A., y Mann, R. — Response latencies to auditory stimuli in autistic children engaged in self-stimulatory behavior. *Behav. Res. Ther.*, 1971, 9, 1, 39-50.
- Lukianowicz, N. — Hallucinations in nonpsychotic children. *Psychiat. clin.*, 1969, 2, 321-337.
- Lutz, J. — Ueber die Schizophrenie im Kindesalter. *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir. Psychiat.*, 1937, 39, 335-372; 40, 141-161.
- MacCulloch, M. J., y Williams, C. — The nature of infantile autism. *Acta psychiat. scand.*, 1971, 47, 3, 295-314.
- Mahler, M., en colab. con M. Furer. — *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*: volume I, *Infantile psychosis*. Nueva York Int. Univ. Press, 1969.
- Makita, K. — Early infantile autism, autism infantum and pseudo-autism. *Fol. psychiat. neurol. jap.*, 1964, 18, 2, 97-111.
- Male, P., Green, A. — Les pré-schizophrénies de l'adolescence. *Evol. Psychiat.*, 1958, 23, 323-375.
- Mannoni, M. — *L'enfant, sa "maladie" et les autres*. Ed. du Seuil, Paris, 1967.
- Mannoni, M. — *Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse*. Ed. du Seuil, Paris, 1970.
- Masterson, J. F. — Diagnostic et traitement du syndrome "borderline" chez les adolescents. *Confront. psychiat.*, 1971, 7, 125-155.
- Menolascino, F. J. — The description and classification of infantile autism, 71-97. En *Infantile autism*; Churchill, D. W., Alpern, G. D., y DeMyer, M. K., eds; Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Menolascino, F. J., y Eaton, L. — Psychoses of childhood: a five year follow-up study experiences in a mental retardation clinic. *Amer. J. Ment. Defic.*, 1967, 72, 370-380.
- Michaux, L. — Les délirés chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1955, 3, 510-515.
- Misès, R. — Origines et évolution du concept de psychose chez l'enfant. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 9-29.
- Misès, R., Barande, I. — Étude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire. *Psychiat. Infant.*, 1963, 6/1, 1-78.
- Mishler, E. G., y Waxler, N. E. — Family interaction processes and schizophrenia: a review of current theories. *Intern. J. of Psychiat.*, 1966, 2/4, 375-428.
- Moor, L. — Critères psychologiques des psychoses chez les oligophrènes. *Rev. Neuropsych. Infant.*, 1968, 16/3, 211-217.
- Mosher, L. R., Pollin, W., y Stabenau, J. R. — Families with identical twins discordant for schizophrenia: some relationships between identification, thinking styles, psychopathology and dominance-submissiveness. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 118, 29-42.
- Ney, P., Markely, J., y Palvesky, A. E. — Relative effectiveness of operant conditioning and play therapy in childhood schizophrenia. *J. Autism. Child. Schizo.*, 1971, 1, 3, 337-349.
- O'Gorman, G. — *The nature of childhood autism*. Butterworths, Londres, 1967, 2.^a ed., 1970.
- O'Neal, P., y Robins, L. N. — Childhood patterns predictive of adult schizophrenia: a 30 years follow-up study. *Am. J. Psychiat.*, 1958, 115, 385-391.
- Ornitz, E. M., Ritvo, E. R. — Perceptual inconstancy in early infantile autism. *Arch. gen. Psychiat.*, 1968, 18, 76-98.
- Ornitz, E. M., Brown, M. B., Sorosky, A. D., Ritvo, E. R., y Dietrich, L. — Modification of autistic behavior. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 22, 561-565.
- Perrimond, J. — L'examen intellectuel dans les schizophrénies de l'enfant. *Thèse Marseille*, 1965, dactyl., 297 págs.
- Pollack, M., Gittelman, R. K. — The siblings of childhood schizophrenics: a review. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1964, 34, 868-874.
- Pollin, W. — A possible genetic factor related to psychosis. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3, 311-317.
- Pollin, W., Allen, M. G., Hoffer, A., Stabenau, S. R. y Hrubec, Z. — Psychopathology in 15,909 pairs of veteran twins: evidence of a genetic factor in the pathogenesis of schizophrenia and its relative absence in psychoneurosis. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 126, 597-610.
- Rank, B. — Intensive study and treatment of preschool children who show marked personality deviations or "atypical development", and their parents, 491-501. En *Emotional problems of early childhood*; Caplan, G., ed. Basic Books, Nueva York, 1955.
- Reca, T. — *El caso de Ricardo Mendia*. Edit. Polygraph, Argentina, 1966.

- Reichler, R. J., y Schopler, E. — Observations on the nature of human relatedness. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 3, 283-296.
- Reisby, N. — Psychoses in children of schizophrenic mothers. *Acta Psychiat. Scand.*, 1967, 43, 8-20.
- Reisser, A. R., Glasser, N., y Grant, M. — Children of schizophrenic mothers. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1967, 145/6, 429-440.
- Rimland, B. — The differentiation of childhood psychoses: an analysis of checklists for 2,218 psychotic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 2, 161-174.
- Ritvo, E. R., Ornitz, E. M., y La Franchi, S. — Frequency of repetitive behaviors in early infantile autism and its variants. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, 19, 341-347.
- Ritvo, E. R., Cantwell, D., Johnson, E., Clements, M., Benbrook, F., Slagle, S., Kelly, P., y Ritz, M. — Social class factors in autism, 554-567. En *Annual progress in child psychiatry and child development*; Chess, S., Thomas, A., eds; Brunner/Mazel, Butterworths, Nueva York, Londres, 1972.
- Rollins, N. — Schizophrenia, 84-89. En *Child psychiatry in the Soviet Union*; Harward Univ. Press, Cambridge, Mass., 1972.
- Rosenthal, D. — Three adoption studies of heredity in schizophrenic disorders. *Int. J. ment. Hlth.*, 1972, 1, 63-72.
- Rosenthal, D., y Kety, S. S., dirs. — *The transmission of schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford, 1968.
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J., y Schulsinger, F. — The adopted-away offspring of schizophrenics. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3, 307-311.
- Rutt, C. N., y Offord, D. R. — Prenatal and perinatal complications in childhood schizophrenia and their siblings. *J. nerv. ment. Dis.*, 1971, 152, 5, 324-331.
- Ruttenberg, B. A. — A psychoanalytic understanding of infantile autism and its treatment, 145-184. En *Infantile autism*; Churchill, D. W., Alpern, G. D., y DeMyer, D. K., eds; Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Rutter, M. — Psychotic disorders in early childhood, 133-158. En *Recent developments in schizophrenia*; Coppen, A., y Walk, A., eds.; *Brit. J. Psychiat.*, Special Publication No 1, 1967.
- Rutter, M. — Concepts of autism: a review of research. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1968, 9/1, 1-25.
- Rutter, M. — The description and classification of infantile autism, 8-28. En *Infantile autism*; Churchill, D. W., Alpern, G. D., DeMyer, M. K., eds; Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Rutter, M. ed. — *Infantile autism: concepts, characteristics and treatment*. Churchill, Londres, 1971.
- Rutter, M. — Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child. Schizo.*, 1972, 2/4, 315-337.
- Rutter, M. — Relationship between child and adult psychiatric disorders. *Acta psychiat. scand.*, 1972, 48, 3-21.
- Rutter, M., y Bartak, L. — Causes of infantile autism: some considerations from recent research. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 1, 20-32.
- Rutter, M., y Lockyer, L. — A 5 to 15 year follow-up study of infantile psychosis. I. Description of the sample. *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, 1169-1182.
- Rutter, M., y Sussenwein, F. — A developmental and behavioral approach to the treatment of preschool autistic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 4, 376-397.
- Rutter, M., Greenfield, D., y Lockyer, L. — A 5 to 15 year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioral outcome. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 113, 1183-1199.
- Sanctis, S. de. — Dementia praecoxissima. *Folio Neurol. Biol.*, 1908, 10.
- Sanctis, S. de. — On some varieties of dementia praecox, 590-609. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., ed.; Oliver y Boyd, Edimburgo, 1969.
- Scarcella, M. — Contributo clinico sugli autismi infantili. *"Igiene Mentale"*, 1966, 1, Messina.
- Schachter, M. — Crises pubertaires ou épisodes psychotiques pubertaires à pronostic éloigné favorable. (A propos de devenir psychologique et social, à long terme, des adolescents particulièrement "difficiles"). *Neuropsychiatria*, 1969, 25, 1-4, 113-127.
- Schopler, E. — Early infantile autism and receptor processes. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1965, 13, 327-335.
- Schopler, E., Loftin, J. — Thought disorders in parents of psychotic children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 20, 174-181.
- Schopler, E., y Reichler, R. J. — Developmental therapy by parents with their own autistic child. En *Symposium CIBA and Institut*

- for Research into mental retardation, Junio 1970. En *Infantile autism*; Rutter, M., ed.; Churchill, Londres, 1971.
- Schopler, E., y Reichler, R. J. — Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 87-102.
- Schopler, E., y Reichler, R. J. — Psychobiological referents for the treatment of autism. Discussion, 243-264. En *Infantile autism*; Churchill, D. W., Alpern, G. D., y DeMyer, M. K., eds; Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1971.
- Schopler, E., Brehm, S. S., y Kinsbourne, M. — Effect of treatment structure on development in autistic children. *Arch. gen. Psychiat.*, 1971, 24, 415-421.
- Segal, Hanna. — Notes on symbol formation. *Int. J. Psychoanal.*, 1957, 38, 391-397.
- Shapiro, T., Fish, B., y Ginsberg, G. L. — The speech of a schizophrenic child from two to six. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128, 11, 1408-1414.
- Shields, J. — *Monozygotic twins brought up apart and brought up together*. Londres, Oxford University Press, 1962.
- Shields, J., y Gottesman, I. I. — Crossnational diagnosis of schizophrenia in twins. The heritability and specificity of schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.*, 1972, 27, 6, 725-730.
- Shodel, M. J., y Reiter, H. H. — Self-mutilative behavior in verbal and nonverbal schizophrenic children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1968, 19, 453-455.
- Soukarewa, T. E. — Ueber den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1932, 142, 309-321.
- Soukarewa, T. E. — *Leçons cliniques de psychiatrie infantile*. Edit. Méd. d'État, Moscú, 1940.
- Speers, R. W., y Lansing, C. — *Group therapy in childhood psychosis*. Chapel Hill: Univ. of North Carolina Press, 1965.
- Speers, R. W., y Lansing, C. — Some genetic-dynamic considerations in childhood symbiotic psychosis. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/2, 329-349.
- Sperber, M. A., y Salomon, L., Collins, M. H., Stambler, M. — Childhood schizophrenia and 47 XXY Klinefelter's syndrome. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 128, 11, 1400-1408.
- Spiel, W. — *Die endogenen Psychosen des Kindes- und des Jugendalters*. Karger, Basel-Nueva York, 1961.
- Stabenau, J. R., y Pollin, W. — Early characteristics of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 723-734.
- Stabenau, J. R., Pollin, W., Mosher, L. R., Frohman, C., Friedhoff, A. J., y Turner, W. — Study of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 20, 145-158.
- Stutte, H., y Dauner, I. — Systematized delusions in early life schizophrenia. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 4, 411-420.
- Szurek, S. A. — Psychotic episodes and psychotic maldevelopment. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 519-543.
- Taft, L. T., y Cohen, H. J. — Hypsarithmia and infantile autism: a clinical report. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 327-336.
- Thelin, R., Abelin, E. — Le Rorschach des fratries d'enfants psychotiques. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1966, 98, 313-344.
- Tosquelles, F. — Notes sur les traitements des psychoses infantiles. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 183-203.
- Tramer, M. — Childhood schizophrenia as a problem of nosology. *Acta Paedopsychiatr.*, 1962, 29, 337-342.
- Treffert, D. A. — Epidemiology of infantile autism. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 22, 431-438.
- Uschakov, G. K. — Clinique de la schizophrénie. *Psychiat. Enfant.*, 1965, 8/1, 1-56.
- Vaillant, G. E. — Twins discordant for early infantile autism. *Arch. gen. Psychiat.*, 1963, 9, 163-167.
- Veron, J.-P., y Kezirian, S. — Schizophrénie et amines cérébrales. *Presse méd.*, 1971, 79, 44, 1973-1974.
- Viitamäki, R. O. — V. Alanen, Y. O., 1964.
- Voizot, B., y Duche, D. J. — Les parents de l'enfant psychotique. *Confront. psychiat.*, 1969, 3, 159-181.
- Vorster, D. — An investigation into the part played by organic factors in childhood schizophrenia. *J. Ment. Sci.*, 1960, 106, 494-522.
- Walker, H. A., y Birch, H. G. — Neurointegrative deficiency in schizophrenic children. *J. nerv. ment. Dis.*, 1970, 151, 2, 104-113.
- Ward, T. F., y Hoddinott, B. A. — Early infantile autism in fraternal twins. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1962, 7, 191-195.
- Waxler, N. E., Mishler, E. — Parental interaction with schizophrenic children and well siblings. An experimental test of some etiological theories, 568-586. En *Annual progress in child psychiatry and child development*; Chess, S., Thomas, A., eds.; Brunner/Mazel, Butterworths, Nueva York, Londres, 1972.
- Weiland, I. H., y Legg, D. R. — The use of formal speech characteristics as a diagnostic aid in childhood psychosis. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1962, 32, 260.
- Weiner, M. — Hallucinations in children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1961, 5, 544-553.
- Wenar, Ch., Ruttensberg, B. A., Dratman, M. L., y Wolf, E. G. — Changing autistic behavior. The effectiveness of three milieus. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 26-35.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Zahn, T. P., y Kety, S. S. — The psychiatric adjustment of the adopting parents of schizophrenics. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 127, 1013-1018.
- White, J. H., Hornsby, L. G., Gordon, R. — Treating infantile autism with parent therapists. *Int. J. Child Psychother.*, 1972, 1, 83-95.
- Wing, J. K. — (Ed.) *Early childhood autism*. Pergamon Press, Oxford, 1966.
- Wing, L. — *Autistic children*. National Assoc. for Mental Health, Londres, 1964.
- Wing, L., Wing, J. K. — Multiple impairments in early childhood autism. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 3, 256-266.
- Wolff, S., Chess, S. — A behavioural study of schizophrenic children. *Acta Psychiat. Scand.*, 1965, 40, 438-466.
- Wolff, S., Chess, S. — An analysis of the language of 14 schizophrenic children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1965, 6, 29-41.
- Wynne, L. C., Singer, M. T. — Thought disorders and family relations of schizophrenics (partes 1 y 2). *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, 9, 191-206.
- Yarden, P. E., y Nevo, B. F. — The differential effect of schizophrenic mother's stages of illness on her children. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114/514, 1089-1096.
- Zhezlova, L. Y. — Speech particularities in pre-school children with schizophrenia (Russian). *Zh. Nevropat. Psikiat. Korsakov*, 1965, 65/7, 1063-1065. Résumé dans: *Excerpta medica*, junio 1966, sect. VIII B, Psychiatry, 19/6, 311 (n.º 1596).
- *
*
*
- Sesame. *Bulletin de l'A. S. I. T. P.* (Association au service des inadaptés ayant des troubles de la personnalité). Études et Chantiers, Paris, VI.
- Japanese serials. Abstracts. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 2, 234-238.
- Soviet Serials. Enero-Noviembre, 1970. *J. Autism Child. Schizo.*, 1971, 1, 1, 107-114.

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

I. — GENERALIDADES

El campo de las enfermedades psicosomáticas del adulto ha estado durante mucho tiempo mal limitado, al igual que el de las enfermedades psicosomáticas infantiles cuya sistematización ha sido aún más tardía. Sin embargo, debido a las características infantiles, las correlaciones psicosomáticas o somatopsíquicas parecen demostradas más claramente. L. Kreisler y cols., han mostrado la extensión abusiva que los pediatras han dado a este término, extensión que le quita su sentido. En el XIII Congreso de Pediatras de Lengua Francesa, en 1951, R. y D. Laplane incluyen en este capítulo trastornos funcionales diversos, entidades mórbidas, algunas de las cuales entran en lo que actualmente se denomina síndrome psicosomático, pero incluyen también la epilepsia, hospitalismo y trastornos de la conducta de varios tipos. Otros pediatras hacen una separación, pero siempre dentro de este grupo, entre los aspectos somáticos de los factores psíquicos y la repercusión psíquica de los trastornos somáticos.

C. Koupernik clasifica las enfermedades psicosomáticas en:

- modificaciones somáticas debidas a una conducta psicológica (anorexia, bulimia y obesidad, vómitos);
 - manifestaciones histéricas;
 - enfermedades psicosomáticas propiamente dichas (enfermedades alérgicas, úlcera gastroduodenal, etc.);
- y excluye los síntomas psíquicos de las enfermedades somáticas como la tuberculosis, el reumatismo articular agudo, la diabetes, la epilepsia, etc.

L. Kreisler y cols., intentan delimitar el campo de las enfermedades psicosomáticas describiendo el dominio de las enfermedades que deben excluirse: las consecuencias psíquicas de las enfermedades somáticas, las enfermedades orgánicas agravadas por una conducta anormal, los signos somáticos de la conversión histérica, los trastornos mentales directamente provocados por una agresión del sistema nervioso central, y todos los falsos problemas que representan el amplio cortejo de niños afectados de trastornos insignificantes o incluso perfectamente normales.

Durante mucho tiempo, la psicosomática infantil se ha estudiado a partir de la infancia de los enfermos psicosomáticos adultos. Estas descripciones, por válidas que hayan sido, no estudiaban los trastornos en el niño *in statu nascendi*. Los estudios más recientes tienen el mérito de haber resaltado la sintomatología de inicio, en el contexto del desarrollo infantil.

Pero, si antiguamente se describía la sintomatología del adulto con arreglo a una cierta reconstrucción de la organización infantil, con todos los inconvenientes que ello implica, en la actualidad se corre el peligro inverso. Es decir, que al conocer mejor los mecanismos de la organización en el niño que presenta un síndrome somático, se corre el peligro de hacer generalizaciones precipitadas sobre la psicopatología del adulto, olvidando que las manifestaciones en el niño no pueden disociarse del proceso madurativo y del desarrollo.

De todos modos, el mejor conocimiento de los fenómenos psicopatológicos está íntimamente relacionado con la problemática en que nos situemos. Existen dos grandes corrientes que dominan el conjunto de las discusiones; por una parte, la fisiología y la patología corticovisceral basada en las investigaciones de la escuela pavloviana, y por otra, la patología psicopatológica propiamente dicha que se ha desarrollado bajo el impulso del psicoanálisis. Las diferencias de tipo teórico y metodológico entre estas dos orientaciones son, según E. D. Wittkower, que la psicopatología se interesa en explicar el "cómo" y la corticovisceral el "porqué" de los fenómenos. Otra diferencia importante es que en la patología corticovisceral el punto de partida es la fisiología y la patología animal, mientras que, como dice V. von Weizsäcker, la medicina psicopatológica reintroduce en la medicina al hombre como sujeto. Pero, al defender una cierta psicogénesis, la medicina psicopatológica corre el riesgo de introducir a la psique como único sujeto activo y al cuerpo como simple objeto sufriente, y en algunos estudios esquemáticos se tiene a veces la impresión de que el disturbio es la consecuencia del conflicto entre dos "cosas", de las que la psique es una de ellas.

Con el nombre de *patología corticovisceral*, los investigadores soviéticos, basándose en la experimentación animal y siguiendo los trabajos de Pavlov, se han dedicado a estudiar las repercusiones somáticas de las neurosis. Esta neurosis corticovisceral puede interesar no sólo al reflejo condicionado exteroceptivo, sino también al reflejo interoceptivo. La perturbación neurótica puede repercutir sobre el funcionamiento de los órganos internos, la actividad reflejo condicionada, que relaciona el foco de irritación cortical con las vísceras, puede desorganizarse y perturbar el buen equilibrio del organismo. Si se prolonga, la neurosis corticovisceral puede transformarse en un estereotipo funcional patológico sistematizado. Las neurosis corticales experimentales aparecen cuando una corteza cerebral inestable se somete a una sobrecarga nerviosa que desencadena conflictos de oposición demasiado violentos. Parece también demostrado que la mayor o menor facilidad para producir estas neurosis depende de algunos factores constitucionales, los "tipos nerviosos", que se asemejan a los antiguos temperamentos hipocráticos.

Se debe aceptar en primer lugar la existencia de un sistema neurendocrino de regulación visceral y metabólica encargado del funcionamiento vital, relativamente fuerte en su organización, pero modificado en su propia regulación en el curso de la maduración: sistemas simpático-ergotrope y parasimpático-trofotrope (W. R. Hess), con su organización periférica más o menos autónoma y su organización central. Las estructuras corticales, y sobre todo subcorticales (tálamo, hipotálamo, sistema límbico) desempeñan un papel esencial en la expresión instintiva y emocional. Las investigaciones experimentales y clínicas han mostrado la importancia de estos sistemas en el funcionamiento del organismo, incluso si sólo se les considera como agregados que permiten el funcionamiento. La experimentación y los estudios anatomoclínicos demuestran que las lesiones de esta región producen disregulaciones funcionales o permanentes de la vida vegetativa y de los diversos órganos. Si tiene algún sentido considerar el "cerebro interno" o el "cerebro visceral" de una forma relativamente autónoma en el contexto del concepto de "esquizofisiología", por el contrario, L. S. Kubie tiene razón cuando afirma que ningún *pattern* de conducta instintiva está determinado exclusivamente por una red sináptica de neuronas, aunque es probable que estos componentes congénitos estén siempre presentes en estas conductas.

Estos sistemas son relativamente aislables en el terreno de algunos automatismos, pero no lo son en relación con el conjunto del funcionamiento del organismo. En efecto, sólo pueden examinarse en el contexto de la integración, estudiando las organizaciones morfogenéticas y morfodinámicas

y las estructuraciones funcionales de las relaciones. Su verdadera actividad depende de motivaciones y su realización se efectúa según tipos históricos de relación, constituidos durante el desarrollo individual. A partir de algunos automatismos de base, el individuo podrá, según la confrontación de su realización con la realidad, obtener el compromiso "experimentado" de esta realización.

Con el nombre de *patología psicopatológica*, se han descrito una serie de posiciones seguidas por los autores americanos.

Unos (H. Wolff) se basan en hechos psicofisiológicos (fisiología de las emociones, fenómenos de *stress*, etc.), y valoran las situaciones de la vida misma, constituyendo tensiones que influyen en todo tipo de órganos, los cuales reaccionan de forma característica. Otros dan menos importancia a los acontecimientos externos, y valoran para cada síndrome mórbido un tipo específico de perfil de personalidad (F. Dunbar). En el primer caso, el efecto es demasiado general para explicar las alteraciones particulares, y en el segundo nos encontramos con formulaciones tipológicas nuevas: el individuo entra en un grupo en el cual los autores nos describen los rasgos dominantes del carácter, pero en el que la enfermedad no se aborda necesariamente ni en sus mecanismos ni en su dinámica. Estos dos tipos de enfoque sólo tienen en cuenta los hechos tal como se presentan —la emoción como tal, separada de su historicidad, o las conductas formadas según características formales—, y eluden la función de las emociones interiorizadas y de las bases afectivas de la organización de la personalidad. Según F. Alexander, el trastorno psicopatológico aparece cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo de forma crónica produce una disfunción de los órganos. Así, pues, son las pulsiones rechazadas las que producen la disfunción, pero al mismo tiempo las construcciones psicológicas de defensa pueden servir para establecer perfiles de personalidad. Este autor ha descrito esquemas dinámicos específicos para las grandes enfermedades psicopatológicas. Según él, a partir de los conflictos infantiles de dependencia o agresividad se tiene un tipo de organización de la personalidad que se expresa a través del sistema simpático o parasimpático produciendo alteraciones de órganos específicos.

La discusión actual tiende a determinar la importancia respectiva del *stress* y del tipo específico de estructura de la personalidad. Aunque H. Selye ha descrito los caracteres inespecíficos del síndrome general de adaptación, parece que la reacción de *stress* no puede definirse únicamente por la agresión, sino que también debe tenerse en cuenta al sujeto que la recibe, la situación en que esta agresión se produce y lo que representa para el sujeto. Como señala D. Pinkerton, se pueden aceptar factores de *stress* psicógenos específicos para casos particulares de cualquier síndrome, pero inespecíficos para el propio síndrome, ya que un mismo paciente puede no adoptar siempre el mismo "canal" de expresión, incluso frente a un *stress* parecido. La noción de esquema dinámico específico no responde, como señalan muchos autores, al carácter intercambiable de los trastornos psicopatológicos y a la semejanza de los factores psicodinámicos en toda una serie de enfermedades funcionales no relacionadas entre sí. El propio concepto del significado del síntoma psicopatológico es discutible; este sentido está teóricamente implicado en la concepción de F. Alexander. Para otros (M. de M'Uzan), el síntoma psicopatológico no tiene sentido, la sintomatología psicopatológica está determinada (P. Marty y otros) por una carencia de relaciones objetuales y de la vida imaginativa. Este tipo de pensamiento, que estos autores denominan *pensamiento operatorio*, se caracteriza por una ausencia de valor funcional de la vida mental. Para J. P. Valabrega, el sentido no se encuentra en un esquema vectorial lineal ni en una función con variables múltiples, sino en la relación que sostiene la producción sintomática y sobre todo en el fracaso de esta relación.

Aunque, según algunos autores, se oscila entre la especificidad de los conflictos inconscientes o de los factores predisponentes hereditarios, otros niegan la especificidad de la estructura de la personalidad o de los conflictos y admiten que los enfermos reaccionan a las agresiones tanto físicas como emocionales a partir de esquemas latentes organizados muy precozmente en la infancia. R. Grinker, después de J. Ruesch, propone sustituir las vanas investigaciones sobre las relaciones causales por las de las transacciones, es decir, de las interacciones en el interior de un campo de fuerzas.

A medida que evolucionan las investigaciones en el terreno psicopatológico, muchos autores, y en especial F. Alexander, intentan establecer una diferencia, si no una separación, entre la histeria de conversión, trastorno psicógeno del cuerpo, y el síndrome psicopatológico que se desarrolla en los

órganos viscerales. J. P. Valabrega admite que la noción de conversión no es suficiente para separar a estas dos entidades, ya que, si bien existen histerias sin conversión, recíprocamente también pueden existir conversiones no histericas. En lugar de esta separación categórica, Ch. Briset presenta una teoría del "ocultamiento progresivo" de los afectos rechazados y de los síntomas que, partiendo de la histeria manifiesta, pasan a la somatización "histeroansiosa", después a "la organización histeropsicosomática" hasta la "somatización completa".

Es un trabajo sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la medicina psicosomática, P. B. Schneider muestra como el problema de la enfermedad es planteado de forma distinta según que el autor tenga una tendencia biológica o una cierta rigidez psicoanalítica. Coincide con H. G. Wolff al señalar que si unos se plantean la cuestión: "¿Cuál es en el fondo del significado biológico de un hecho psicosomático?", los psicoanalistas buscan "el significado psicológico del hecho psicosomático", mientras que el problema que finalmente debería resolverse es: "¿Cuál es el significado biopsicológico de los síntomas o enfermedades psicosomáticas?" Analizando el conjunto de las teorías psicoanalíticas, P. B. Schneider demuestra, siguiendo el estudio de J. Cremerius, que S. Freud voluntariamente nunca quiso tratar enfermos orgánicos, ni incluso de tipo psicosomático. Nunca deseó traspasar la barrera entre lo psicológico y lo fisiológico, aunque aceptaba que el hombre constituye una unidad, un todo. Existe un terreno psicológico, que es motivo de su estudio, y un terreno orgánico que no quiere estudiar y, cuando lo hace, hace intervenir explicaciones de naturaleza especulativa como el placer somático, las diferencias cuantitativas heredadas de la libido, los factores constitucionales o de predisposición, etc., y entonces confiere al síntoma significados parecidos a los descritos en el síndrome de conversión. Este autor pone también de manifiesto hasta qué punto el modo de pensar de los distintos psicoanalistas difiere según el grupo al que pertenecen, diferencias que se refieren tanto a la elección de los enfermos que se consideran "psicosomáticos" como a las hipótesis patogénicas. El enfoque terapéutico tampoco equivale al de la práctica psicoanalítica usual. Al interesarse sólo en la psicogénesis del trastorno y al imitar las formas de pensar del paralelismo psicofísico, la mayoría de las teorías psicosomáticas de orientación psicoanalítica son discutibles cuando quieren explicar los hechos fisiológicos; los que lo han intentado lo hacen a veces en forma de un conglomerado de hechos fisiológicos y psicológicos, mientras que, como señala P. B. Schneider, el drama de la medicina psicosomática es precisamente encontrarse exactamente en el nivel en que no se puede separar lo biológico de lo psicológico.

Esta encrucijada ha sido percibida por algunos psicoanalistas, como E. D. Wittkower, que prevé tres posibilidades futuras para la medicina psicosomática:

- especialidad o terreno limitado dominado solamente por el psicoanalista;
- campo de investigación del laboratorio de psicofisiología con la colaboración de otros investigadores del mismo tipo (neurofisiólogos, bioquímicos, etc.), pero del que los psicoanalistas o psiquiatras estarían más o menos excluidos;
- aproximación global holística de los problemas de la Medicina.

Este autor piensa que el progreso se realizará en la dirección de la psicofisiología y de la neurofisiología, pero considera que los distintos terrenos de la investigación psicosomática serán los que nos permitirán comprender cómo los procesos simbólicos producen cambios somáticos y cómo los procesos somáticos dan lugar a consecuencias simbólicas.

Creemos que la mejor forma de abordar este problema podría ser partiendo de los estudios neuropsicológicos del niño en evolución.

II. — CUADROS PSICOSOMÁTICOS EN EL NIÑO

Puede decirse que casi todas las enfermedades infantiles han sido abordadas en el terreno psicosomático. Con esta denominación se han incluido, de una forma demasiado amplia, tanto las afecciones que pueden producirse por una emoción, los trastornos afectivos de origen lesional preciso o incluso de las malformaciones como, finalmente, las enfermedades psicosomáticas propiamente dichas. Estas últimas se

caracterizan por una desorganización somática, pasajera o permanente, cuya génesis o desarrollo comporta un determinismo de tipo psicológico actual o de tipo regresivo, que pone en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces.

No podemos abordar aquí todos estos trastornos; limitaremos nuestra exposición a los síndromes descritos con más frecuencia sin tener en cuenta, por ahora, la especificidad de los procesos psicosomáticos aunque sepamos que detrás de cada una de estas desorganizaciones podemos encontrarnos frente a lo que se ha denominado "la ilusión de la función". Los describiremos aquí desde un ángulo psicodinámico, y al final de este capítulo intentaremos comprender estas manifestaciones en un plano psicobiológico.

A. — ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA. ASMA INFANTIL

La función respiratoria pulmonar aparece desde el nacimiento, en el momento del paso de la vida amniótica a la vida aérea. Esta función se realiza por vía humoral y por vía refleja indirecta que actúan sobre los centros respiratorios pontobulbares que regulan el ritmo basal de la respiración, y sobre los centros diencefálicos que determinan la adaptación de la respiración a las necesidades del organismo. Está demostrado que la actividad respiratoria dependiente de la musculatura estriada o de la musculatura bronquial lisa puede ser modificada por las emociones.

Entre las enfermedades respiratorias y psicosomáticas, el asma ocupa un lugar especial.

El asma se caracteriza por una modificación del ritmo inspiratorio y espiratorio acompañado de espasmo bronquial y de trastornos de la secreción mucosa. En las descripciones antiguas el asma se relacionaba con trastornos humorales, posteriormente se consideró como un trastorno de tipo neurótico en el sentido vago del término y en la actualidad su sintomatología se atribuye a una defensa del organismo contra sustancias extrañas irritantes. El asma se describe como un síndrome que aparece en un terreno especial y se expresa con motivo de ciertas agresiones alérgicas, no pudiendo aparecer sin que un alérgeno ejerza su influencia sobre el paciente o sin que exista una perturbación del equilibrio alérgico. B. Halpern y G. Halpern (1970) insisten sobre el papel de los factores infecciosos en un gran número de casos de asma, y sobre los buenos resultados obtenidos por un tratamiento inmunológico con la ayuda de autoantígenos microbianos. Cuando se defienden estos puntos de vista se subvalora el papel de los factores psíquicos; sin embargo, ya en el siglo pasado, A. Trousseau y Mackenzie mostraron la importancia del desencadenamiento de las crisis por factores psicógenos o por una representación simbólica de los alérgenos.

Sin poner en duda la importancia de los alérgenos y de las terapéuticas por desensibilización específica o no, algunos hechos permiten situar el asma en el grupo de la medicina psicosomática. Así, se sabe que, incluso en casos de alergia demostrada, el alérgeno no produce necesariamente la crisis y que, además, la crisis puede desencadenarse sin la presencia de un alérgeno. Por otra parte, se ha demostrado que individuos que presentan crisis de asma, tratados con éxito con la psicoterapia, no desarrollan la crisis cuando se exponen al alérgeno específico, aunque conserven su sensibilidad constitucional.

Algunos autores, como J. W. Reed, admiten que el asma bronquial es una enfermedad de etiología compleja, en la cual se pueden encontrar factores alérgicos,

climáticos, infecciosos, endocrinos y emocionales. L. Rees encuentra también esta etiología plurifactorial en el niño.

La importancia de los factores psicológicos en los mecanismos del asma infantil está demostrada por diversos hechos:

- existencia de factores psicológicos en el desencadenamiento del síndrome o en el determinismo de las crisis;
- características de la personalidad del niño asmático;
- trastornos psíquicos de los padres;
- transformación del número o de las características de las crisis por modificaciones del medio o por terapéuticas de tipo psicoterápico.

1.º Factores desencadenantes o determinantes de las crisis

Según L. Rees, en un 12% de los casos la enfermedad aparece después de un fuerte *stress* psicosocial. H. Miller y D. Baruch encuentran en 77 de 90 niños examinados, incidentes psicológicos que precedieron a la primera crisis (pérdida de uno de los padres, temor después de una separación, presencia del niño en un conflicto conyugal importante y violento, etc.). Algunos autores admiten que no es raro que el asma se desencadene al principio por mecanismos alérgicos, pero que al cabo de un tiempo se manifieste como reacciones condicionadas relacionadas con conflictos de tipo emocional.

2.º El niño asmático

Según algunos autores, el niño asmático tiene características particulares: ansiedad, falta de confianza, estado tensional elevado, dependencia de los padres (C. H. Rogerson y cols., L. Rees, E. C. Neuhaus, etc.). Estudiando su Rorschach, T. Alcock encuentra en los niños asmáticos un elevado grado de sensibilidad en las relaciones humanas, una disminución de la reactividad, una inhibición intelectual y un trastorno importante en torno de la relación objetal con debilidad de los mecanismos de defensa del Yo. Según este autor, una personalidad de este tipo puede encontrar un alivio en la satisfacción sadomasoquista que ofrecen los trastornos físicos angustiantes. Según M. Soulé, junto a este tipo de niños ansiosos y dependientes, se encuentran niños asmáticos que presentan un comportamiento muy dinámico y agresivo, incluso acaparador en casa o alborotador o terco en clase. Por otra parte, las características de estos niños pueden ser muy distintas en el ambiente familiar y en el extrafamiliar. Sin embargo, M. C. Harris y N. Shure, así como M. Herbert, no encuentran un tipo particular de personalidad específica del asmático.

3.º Los padres del niño asmático

También se han descrito algunas características en los padres de los niños asmáticos. H. Miller y D. Baruch describen un tipo de madre que rechaza al niño, y de padre generalmente dominado por su mujer, aceptando las actitudes que le impone, o bien inmaduro, que tiene una actitud hiperprotectora hacia su hijo. Varios autores (R. Robertson, J. Trélat, M. Soulé, etc.) consideran que existen tanto madres ansiosas, rechazadoras y agresivas como superprotectoras, que ocultan tras su hiperprotección un rechazo profundo. J. Block y cols., describen tres tipos de madre:

— la madre vulnerable y ansiosa, preocupada por su propia competencia, falta de un sentido firme de identidad, ni cariñosa ni entregada, que, además presenta una tendencia proyectiva (madre *deprived*);

— la madre con un elevado nivel de aspiración desde el punto de vista intelectual, aunque capaz de comprensión, que, además, presenta rasgos ansiosos;

— la madre segura de sí misma, competente y productiva, autoritaria, que presenta, además, rasgos de impulsividad y de depresión.

Según estos autores, el tipo de madre *deprived* es el más frecuente entre las madres de niños asmáticos, cuando se las compara con un grupo de control. En los comentarios de este trabajo, estos autores indican el punto en el que los clínicos están de acuerdo para caracterizar la madre "asmatógena": preocupada por su propia competencia, viviendo a la defensiva, protectora hacia los demás, sensible a las exigencias, con necesidad de apoyo por parte de los demás y tendencia a sentirse culpable, a veces irritable.

Es evidente que si se admite el predominio de este tipo de madre, el niño sólo puede estar dominado por la inseguridad y la ansiedad y que deseando depender de su madre, vive en el temor de ser separado de ella. Según M. Bekei, la percepción del rechazo materno crea en el niño un gran resentimiento que no se atreve a expresar por miedo a perder definitivamente el amor de su madre, colocándose así en una situación de dependencia absoluta y regresiva. Vive en un estado de ambivalencia, con sus deseos de protección por una parte y la necesidad de maduración y de independencia por otra. Esta ambivalencia provocaría la angustia, que sería la característica básica de todos los niños asmáticos.

Más importante que esta descripción de un niño asmático, por una parte, y de padres asmátogenos, por otra, es el análisis conjunto de la madre y del niño, que demuestra las cualidades específicas de esta relación ("tipo psicosomático de relaciones", de M. Sperling), marcada por una especie de interdependencia que permite a la madre agresiva disculparse, a la madre hiperprotectora entregarse al máximo, y al niño expresar, en forma agresiva, sus conflictos a través de una enfermedad y manifestar su ambivalencia: dependencia por los síntomas de la enfermedad e independencia por la dependencia de la madre. En algunos casos, el niño es rechazado por la madre sólo cuando está sano y muestra deseos de independencia, y es recompensado de estar enfermo por los cuidados y las atenciones especiales que se le dan cuando está así desamparado. Estos efectos de coinducción pueden ser distintos según los niños. Así, en gemelos idénticos, M. Lieberman y E. Litton encuentran diferencias en la evolución del asma que dependen, según estos autores, de actitudes distintas de la madre. E. Benjamin y otros y M. Sperling parecen confirmar estos resultados. Este último autor pone de manifiesto que, en gemelos afectados ambos de asma, la forma de la enfermedad varía en cada uno de ellos al igual que la actitud de la madre con respecto a uno y otro. A veces, la madre pedía que se tratara sólo a uno de los gemelos; el que ella consideraba como neurótico y por el cual se sentía dominada.

Aunque acepta la sensibilidad alérgica como un factor constitucional claro del asma (asma y manifestaciones alérgicas se encuentran en otros componentes de la familia), M. Sperling admite que no se puede eliminar la participación de un mecanismo psicológico de identificación del niño con la madre asmática; ésta puede dar una gran importancia a la especificidad del síntoma, siendo la elección del órgano su preocupación mórbida inconsciente; su preocupación por el aparato respiratorio, y su ansiedad por la respiración pueden volver este sistema vulnerable desde el principio.

Pero, aparte de toda discusión patogénica, no debemos olvidar que el asma se presenta como una enfermedad muy angustiante para las personas que rodean al enfermo, y que los efectos coinducidos pueden ser examinados tanto desde un punto de vista primario como secundario.

4.º Efectos de los cambios de medio

A favor de la hipótesis de la influencia de los factores emocionales en la enfermedad asmática y del papel desempeñado no sólo por la madre, sino también por el conjunto de la familia, se invocan los efectos favorables sobre las crisis obtenidos por la separación del medio familiar ("parentelectomía", de M. M. Peshkin), ya sea en servicios especializados o en la montaña. H. A. Abramson afirma que un 40% de los niños afectados de asma crónica que no responde a ningún tratamiento convencional, curan prácticamente a corto plazo cuando se separan de sus padres. Sin embargo, no parece que la separación física del niño asmático de su medio resuelva los problemas del tratamiento del asma en cuanto a tal. M. Sperling admite que cuanto más neurótico es el niño, más capaz será de utilizar las ocasiones que se le ofrezcan para su afirmación en el tratamiento hospitalario, mientras que el niño claramente enfermo debido a su dependencia específica con la madre continuará aproximándose a ella mediante mecanismos diversos, rituales o simbólicos.

En resumen, existen diversas teorías sobre la etiopatogenia del asma:

— La hipótesis alérgica, que es la más admitida por los pediatras, aunque algunos defienden una teoría plurifactorial.

— Las hipótesis que defienden la acción de la ansiedad y de los estados emocionales y de inseguridad, no como factores primitivos, sino actuando secundariamente, ya sea por una hiperfunción de la mucosa, por una disminución de la resistencia a la infección, o favoreciendo un estado alérgico.

Por otra parte, se incluyeron determinados síndromes psicósomáticos en el cuadro de la *alergia* (asma, eccema, etc.). R. Kourilsky (1970) expuso pruebas clínicas, confirmadas por datos experimentales en el animal, de una interferencia entre manifestaciones psicológicas y fenómenos alérgicos. Se dedicó a investigar, a través de los síntomas y de su evolución, el estímulo que más les influye y a definir su origen, naturaleza y efectos. Estas son sus conclusiones: el origen del estímulo es el bloqueo de un conflicto de frustración, su naturaleza es emocional, desempeñando la ansiedad (resultante de la desorganización provocada por el conflicto) un rol principal; los efectos sobrevienen en plazo variable, tanto más corto cuanto el conflicto es más violento; existe una proporcionalidad entre la agudeza del conflicto y la instalación de los síntomas; la duración e intensidad del conflicto dan lugar a una modulación topográfica.

— Las hipótesis psicósomáticas puras como las que acabamos de describir, según las cuales el asma es una entidad, neurosis de conversión pregenital o un fenómeno más complejo y más específico; mientras que otros autores, como M. Sperling, admiten que no existe ni una personalidad asmática específica ni un sólo tipo de asma, y según los cuales el espectro de los trastornos psíquicos se extiende desde el neurótico al *borderline*, o incluso al psicótico.

Pero ¿cuál es el mecanismo íntimo de la crisis asmática? Algunos psicoanalistas han intentado interpretar la crisis asmática a partir de los mecanismos arcaicos de la función respiratoria (Th. French y F. Alexander, K. Monsour, J. Bostock, M. Bekei,

etcétera). Para estos autores, el asma, trastorno del aparato respiratorio, debe concebirse a partir de la fisiología del grito-llanto del recién nacido, grito, que, junto a su valor de estímulo fisiológico y regulador de la respiración del recién nacido, sería un precursor de la comunicación verbal, situándose así a nivel del prelenguaje en tanto que manifestación de presencia o de llamada. Si se le compara con los mecanismos del espasmo del sollozo en el que el grito se presenta como una mezcla de protesta y de llamada, en el asma se trata de gritos "subvocales" o de gritos inexpressados, gritos reprimidos que alterarían la maduración normal de la dinámica respiratoria. Según J. Bostock, el asma sería el "modelo congelado" del grito infantil, y el hecho de que el lactante grite sin lágrimas hasta el tercer mes le hace pensar que esta analogía se elabora desde los primeros meses. Algunos autores han comparado las crisis de asma con esta ausencia de llantos al inicio del desarrollo del niño, y de una forma simbólica, se ha dicho que el asmático llora a través de sus bronquios.

5.º Tratamiento del asma

Algunos defensores de una teoría existencial critican en parte la importancia atribuida a las perturbaciones de las relaciones madre-hijo; piensan que es el propio niño el que se presenta como el fenómeno de "angustia" al mundo en un estado de inseguridad vital, estado de angustia de la respiración de todo ser en su existencia (O. Loras).

Terapéuticamente, casi todos los autores están de acuerdo en aceptar el tratamiento, sintomático, broncodilatador, expectorante, sedante y antibiótico. Los corticoides no deben utilizarse como tratamiento de rutina, sino que deben reservarse para sus indicaciones precisas, en particular al status asmático o a los asmias rebeldes a toda terapéutica. B. Halpern y G. Halpern (1970) llaman la atención sobre el hecho de que los asmáticos jóvenes mueren cada vez más a menudo de su asma y que esto provendría en gran parte de la terapéutica: el uso de los aerosoles simpatomiméticos y, tal vez en menor grado, el empleo de los corticosteroides administrados de manera no controlada son, según ellos, los principales autores de este drama del niño. Según Sperling (1968), varios estudiosos atribuyen al uso de los esteroides el aumento en el porcentaje de muerte. Por otra parte, son bien conocidos el fenómeno de dependencia de los esteroides entre los niños asmáticos y la difícil supresión de los susodichos esteroides, así como los efectos secundarios indeseables de este tratamiento, en particular el retraso en el crecimiento y en el desarrollo. Se han adelantado diversas hipótesis sobre la dependencia de los esteroides; K. Purcell y cols., piensan que, entre los niños que remiten rápidamente, el asma sirve generalmente de medio para superar los conflictos y la ansiedad, mientras que el asma de los niños dependientes de los esteroides se considera principalmente como una reacción a factores genéticos, infecciosos y alérgicos más que psicógenos.

La separación del medio familiar no es un tratamiento etiológico ya que, aunque produce un descenso de la tensión y de las interferencias psicológicas madre-hijo, también puede crear mecanismos de abandono y, si da resultados inmediatos, éstos son raramente definitivos. L. Jessner y R. Long y cols., muestran que niños clínicamente y radiológicamente asintomáticos después de un tratamiento intensivo, y que no reaccionan a los factores alérgenos por insuflación en su habitación de polvo recogido en sus casas respectivas, pueden, sin embargo, recaer cuando vuelven a su casa. Según estos autores, se podría pensar que en la casa existen elementos desencadenantes de la crisis, ya sean alérgenos, emocionales, tensión familiar o, más probablemente, varios de estos elementos.

Casi todos los autores aceptan la necesidad, al menos en algunos casos, de una acción psicoterápica, pero debe saberse que la psicoterapia infantil es larga y difícil, y que muchas madres soportan muy mal este tipo de intervención. Otros consideran que la psicoterapia madre-hijo es indispensable. Por último, algunos (M. Bekei) consideran que la psicoterapia es necesaria en los casos en que el niño se ha hecho dependiente de los corticoides, ya que estos niños experimentan su dependencia medicamentosa tan peligrosa como la dependencia hacia su madre. Empíricamente, T. Alcock piensa que cuanto mayor es el elemento de la alergia familiar más difícil es el trabajo del psicoterapeuta. Sea lo que sea, e independientemente de lo que se piense de las hipótesis emitidas, todo el mundo admite la necesidad de aportar ayuda o consejos a las familias de los asmáticos. Deben explicarse algunas reglas de higiene mental: debe romperse la obsesionalización de los rituales y los hábitos que producen un temor permanente o la espera de la crisis, y dejar una cierta libertad al niño aparte de las actividades terapéuticas indispensables y de una escolaridad regular, aconsejando evitar las actitudes de hiperprotección, ya que el niño debe sentir que la madre está presente pero no ansiosa ni indiferente (C. B. de Matera). No se trata de subvalorar el síntoma o la enfermedad sino de distender el ambiente en el cual se desarrolla ya que, "la angustia de la respiración" no sólo es vivida por el niño sino también por las personas que le rodean, dando lugar a mecanismos de coinducción que contribuyen a fijar la enfermedad.

B. - TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DEL APARATO DIGESTIVO

La experimentación animal o humana ha demostrado la importancia del sistema nervioso vegetativo, tanto sobre la motilidad gastrointestinal como sobre las secreciones digestivas. Ha puesto de manifiesto por otra parte, que la estimulación de ciertas regiones puede producir en el animal hemorragias o lesiones ulcerosas, lo cual puede demostrarse también en el hombre. También se ha comprobado que destrucciones del sistema nervioso central (sistema límbico en particular) pueden hacer regresar colitis ulcerosas. Desde las experiencias de I. Pavlov, se conocen las influencias condiciones de los factores psicológicos en la secreción salival, y muchas otras investigaciones han demostrado tanto en el hombre como en el animal, la influencia de las emociones sobre la motilidad y las secreciones. Las experiencias de S. Wolf y H. G. Wolff han puesto en evidencia, en un enfermo afecto de fístula gástrica, la aparición de hemorragias y de lesiones ulcerosas durante *stress* fisiológicos. S. Bonfils ha señalado, por otra parte, que las experiencias de *stress* por inmovilización en el animal pueden producir modificaciones de este tipo.

No tenemos la intención de abordar en este capítulo la patogenia lesional del conjunto de los trastornos gastrointestinales. Nos limitaremos a exponer las teorías psicodinámicas de algunos autores, especialmente a propósito de los cólicos idiopáticos del primer trimestre, dolores abdominales periódicos, vómitos, úlceras pépticas y colitis ulcerosa infantil.

1.º Cólicos idiopáticos del primer trimestre

Estos trastornos fueron descritos por E. Weil y M. Pehu (1900), por H. Finkelstein (1938), por A. G. Alarcón (1929, 1943) y por R. Soto (1937). Estos últimos

autores describen los elementos esenciales de esta afección que R. Spitz ha confirmado con nuevas aportaciones.

Según A. Hennequet (1959), este síndrome se instala en niños de apariencia normal, ocho o diez días después del nacimiento, después de la vuelta de la madre al domicilio. Se caracteriza por gritos coincidentes con las comidas, que aparecen cinco o diez minutos después del biberón o de la tetada, y sobre todo después de la comida de la segunda parte del día. Estos gritos se acompañan de una mímica y de una agitación motriz particular, el tronco se contorsiona, los miembros se agitan, los muslos se flexionan espasmódicamente sobre las caderas y los puños se cierran y se llevan hacia la boca abierta. Esta conducta imita, hasta el punto de confundirse, a una actitud de hambre imperiosa y dolorosa. Excepto una ligera aerocolia, el resto del examen es normal. Este síntoma parece que sólo existe en los niños criados en el domicilio, ya que es excepcional en los niños criados en colectividad. Para explicarlo se han propuesto diversas hipótesis: inmadurez del tubo digestivo, enterospasmo que pone de manifiesto síntomas alérgicos de origen alimentario, hipertonia congénita, tensión familiar, etc. La mayor parte de tratamientos son ineficaces, excepto la succión y el mecer al niño. Por ello, muchos pediatras americanos utilizan la tetina llena que antiguamente utilizaban nuestras abuelas y que en América lleva el evocador nombre de "pacificador" (M. L. Levine y A. J. Bell).

Del conjunto de las antiguas descripciones, R. Spitz destaca algunos puntos que tienen importancia para una explicación patogénica: las características del niño que algunos han descrito como hipertónico desde el nacimiento, las características de la madre, inquieta hasta la ansiedad y que generalmente ofrece el alimento siempre que se le pide, y desaparición de los cólicos con el "pacificador". La hipertonia constitucional y la satisfacción somática del niño se intrincan con la inquietud excesiva de madre. El aparato digestivo de este niño es más activo; el peristaltismo, más rápido, incluso violento, y el exceso de alimento provocan una actividad intestinal exagerada, produciéndose un círculo vicioso; el niño hipertónico es incapaz de desembarazarse normalmente de su tensión durante la lactación y lo hace después de la comida mediante los gritos y la agitación motora que caracterizan estos casos. La madre, excesivamente solícita, alimenta inmediatamente otra vez a su hijo, conformándose de forma excesiva al principio del "horario de demanda". Durante esta comida suplementaria se descarga una parte de la tensión debido a la actividad oral y a la deglución, y el niño se calma durante algún tiempo. Sin embargo, el alimento que el niño absorbe sobrecarga de nuevo el aparato digestivo, aumenta la tensión y provoca un recrudecimiento del estado de insatisfacción que se manifestará por un nuevo cólico acompañado de gritos. La madre, ansiosa, sólo interpreta los gritos del niño desde el punto de vista del régimen de demanda, y le alimentará de nuevo perpetuando así un círculo vicioso. El chupete que se da a un niño que padece cólicos lo cura, porque le ofrece un medio de descarga sin aporte de alimentos superfluos, irritantes para el aparato digestivo. Pueden darse varias explicaciones al hecho de que el cólico desaparezca después de los tres meses. Puede pensarse que al cabo de tres meses las madres, presas de sentimientos de culpabilidad, o las que, con poca experiencia, se fatiguen con el constante sacrificio que impone el régimen de demanda exagerado, o quizás aprendan a interpretar mejor los gritos y las manifestaciones vocales de su lactante, renunciando a una interpretación demasiado unilateral de las exigencias del niño. Pero, como señala R. Spitz, lo más importante es que durante el tercer mes el niño desarrolla sus primeras respuestas dirigidas e intencionadas, a saber: una conducta voluntaria dirigida hacia las personas que le rodean, es la edad en que aparecen las primeras respuestas sociales, los primeros precursores del objeto, los primeros cambios

de afectividad sobre las marcas mnésicas, el inicio de una actividad mental y la multiplicación de las actividades corporales; es decir, después del tercer mes, la energía del lactante se canaliza a través de sus actividades, y el nivel de tensión desciende.

Según M. Fain, lo que se denomina solicitud ansiosa primaria, no refleja más que la gran dificultad de estas madres para elaborar su angustia. Cuando la modulación afectiva de la madre es pobre, aunque contenga un componente ansioso, obliga al niño a realizar descargas somáticas. Se comprende entonces que el niño, a partir de ciertas frustraciones, elabore sistemas autoeróticos de compensación que le aseguren una cierta autonomía (o si se prefiere, una tolerancia a la frustración). Si se desbordan sus posibilidades, como ocurre en los cólicos, aparece un trastorno somático. Si se le da un chupete (compensación autoerótica) o si se le mece (aporte narcisista), los trastornos cesan. Además, los trastornos también pueden desaparecer si se deja al niño en el hospital, es decir, si se crea un sistema de frustración esencialmente diferente. M. Fain piensa, al igual que L. Kreisler, que no existe una personalidad definida, sino que, al contrario, la aparición del síndrome proviene seguramente de mecanismos comunes, resultado del encuentro de una madre y un hijo determinados.

2.º Dolores abdominales

El niño se queja con frecuencia de dolores abdominales. La importancia dada a los factores orgánicos de estos dolores varía según los autores (5% de alteración orgánica importante, según D. J. Conway; 8% de alteración orgánica evidenciable, según J. Apley y cols., y 42% según J. L. Wood y otros).

Existen, pues, muchos casos en los que estos trastornos pueden relacionarse con manifestaciones ansiosas o emocionales. R. F. Barbour, en un estudio de 25 niños con dolores abdominales (comparados con 25 casos de control), encuentra un elevado porcentaje de dificultades psíquicas (56% contra 12% en los niños del grupo de control), caracterizadas generalmente por ansiedad referida sobre todo al trabajo escolar. Los niños son generalmente sensibles, nerviosos, inhibidos, y se encuentran en su anamnesis frecuentes trastornos del sueño, onicofagia y dificultades alimenticias. Estudiando la evolución de los dolores abdominales, J. Apley precisa que éstos pueden ser reemplazados posteriormente, sobre todo por cefaleas. Además, en las familias de estos niños se encuentran trastornos nerviosos frecuentes así como dolores recidivantes del tipo de dolores abdominales o cefaleas. Este autor insiste en el hecho de que los trastornos emocionales existen aproximadamente en un 80% de estos niños, pero que menos del 10% de su serie de 100 casos necesitaron un tratamiento psiquiátrico especializado.

3.º Vómitos

El vómito es un síntoma que se caracteriza por la expulsión por vía bucal del contenido gástrico, lo cual es posible gracias a la relajación del esfínter superior del estómago y la contracción conjunta del píloro, la pared abdominal y el diafragma. Se trata, pues, de la activación de una determinada mecánica, pero su valor varía según el cuadro clínico.

Durante los primeros meses, los vómitos pueden estar en relación con un exceso de alimento, aerofagia, o deberse a inapetencia.

Un tipo particular de vómito que aparece durante el segundo semestre de la vida es el *mericismo*, que ha sido estudiado por J. Aubry y otros, L. Kreisler y cols., y M. Soulé, que ha hecho una revisión del problema. El mericismo se caracteriza por una regurgitación provocada ya sea por esfuerzos intensos o por una facilidad exagerada a devolver el alimento a la boca. El alimento es masticado de nuevo durante un tiempo indeterminado y vuelto a deglutir. Este trastorno sólo se produce cuando el niño está solo, y durante esta rumiación el niño no hace ningún movimiento, permanece inmóvil, completamente relajado y parece aislado del ambiente. A menudo el mericismo se asocia a otras manifestaciones de tipo autoerótico, balanceo de la cabeza, succión de un dedo, torsión de un mechón de cabello, etc. La mayoría de autores admiten que esta aparente desafrentización durante la actividad rumiatoria se debe a un síndrome de privación materna. En efecto, las madres de estos niños son distantes, poco cariñosas, o presentan una agresividad apenas ocultada hacia el niño. A menudo se las describe como manifestamente obsesivas. El pronóstico a corto plazo es bueno clínicamente si se diagnostica y se inicia una separación de la madre procurando dar al niño estímulos suficientes en cantidad y calidad. Según M. Soulé, el mericismo aporta al niño dos tipos de satisfacciones: una oral (por la presencia del alimento en la boca y la actuación de la masticación y de la deglución), y otra muscular con una relajación generalizada. En cualquier caso, señala este autor, se establece una especie de *feed-back* indefinido, la alimentación hace desaparecer o aleja el objeto y los vómitos controlados producen una satisfacción debido a la reaparición del objeto.

Los vómitos ocasionales en el niño se relacionan a menudo con trastornos digestivos o hepáticos, pero con frecuencia se deben a dificultades que el niño experimenta en su vida cotidiana, y pueden responder a una llamada o equivaler a una protesta. Generalmente van unidos con dificultades o rechazo escolar. Sin embargo, no debe olvidarse que algunas enfermedades orgánicas muy precisas pueden provocarlos, y que los tumores del cuarto ventrículo, en los que los vómitos son frecuentes, se acompañan de cambios de carácter.

Existe un tipo especial de vómitos que aparecen durante la infancia: son los *vómitos cíclicos o acetónémicos*. Una buena revisión de la literatura pediátrica y psiquiátrica ha sido hecha por C. W. Davenport y cols. (1972). Los vómitos cíclicos se inician relativamente pronto y desaparecen alrededor de la pubertad. Consisten en crisis de vómitos recidivantes de inicio generalmente brusco, cuya duración puede ser de varias horas o días. Estas crisis se acompañan de sed, cefaleas, constipación, y a veces de una ligera hipertermia; la deshidratación es intensa con alcalosis hipoclorémica. El número de crisis es variable, de 3 a 4 por año a 1 por mes; habitualmente las fases intercríticas están libres de síntomas. La etiología de estos vómitos se desconoce, pero como C. W. Davenport y cols., casi todos los autores hablan de psicopatología como factor contribuyente significativo. Sobre la base de anomalías del E. E. G., algunos autores los atribuyen a una epilepsia (J. M. Millichap y otros), pero C. S. Hoyt y G. B. Stickler según sus propias investigaciones consideran esta explicación poco cierta. Muchos autores se han interesado en la posible relación entre los vómitos recurrentes y la migraña. Según C. S. Hoyt y G. B. Stickler, de sus 44 casos de vómitos cíclicos algunos podrían entrar en el cuadro de la migraña: así, encuentran en el primer examen cefaleas asociadas en un 36% de los casos, cefaleas recidivantes en un 24% de los casos después de la desaparición de los episodios de vómitos, y una anamnesis familiar de cefaleas migrañosas en un 25% de los casos. También ha sido defendido el papel de los componentes alérgicos. En los enfermos de C. S. Hoyt y de G. B. Stickler, el estudio psicológico pone de manifiesto trastornos emocionales y del comportamiento sin que se pueda, según dicen, describir un

"modelo" típico. Sin embargo, M. Bekei describe algunos factores comunes a todos los niños que presentan vómitos cíclicos: miedo a la pérdida de la madre con síntomas angustiantes de abandono, sentimientos de culpa, trastornos en las relaciones madre-hijo condicionados por factores externos a la propia relación (en ningún caso el trastorno es debido a hostilidad materna) y un Yo constitucionalmente fuerte. Según este autor, los vómitos acetónicos aparecerían en algunos momentos críticos de peligro, tendrían un valor regresivo y responderían a sentimientos agresivos vividos con sentimiento de culpabilidad, reactivos a un sentimiento y a una sensación de abandono. Esto explicaría la desaparición de estos vómitos en la pubertad, es decir, en el momento en que el niño empieza a ser más independiente y tiene menos reacciones de agresión y menos sentimiento de culpabilidad.

C. S. Hoyt y G. B. Stickler muestran cómo los diversos tratamientos empleados tienen como denominador común un efecto psicológico. M. Sperling (1968) y C. W. Davenport y cols. (1972) se dedican al estudio de adolescentes y preadolescentes desde el punto de vista psicoanalítico. Para M. Sperling, los vómitos cíclicos pueden ser una reviviscencia de vómitos infantiles, pero también un síntoma de conversión.

4.º Úlcera péptica en el niño

Consideradas como algo excepcional, en la actualidad las úlceras gastroduodenales se diagnostican más fácilmente en el niño. La enfermedad ulcerosa no aparece antes de los 2 o 3 años. K. Nitsch distingue dos grupos de enfermos:

- La úlcera del lactante y del niño de corta edad, que no es más que un síntoma acompañante de otra enfermedad que la oculta.

- La úlcera del niño mayor, que puede presentar algunas diferencias con respecto a la del adulto, pero a la que tiende a parecerse con el aumento de la edad.

El número de casos descritos es importante. M. A. Lassrich y cols., encuentran en un grupo de escolares estudiados durante 5 años, 31 casos comprobados y 20 posibles de enfermedad ulcerosa. J. K. Ditttrinch y R. Schorr, en la Clínica Pediátrica Universitaria de Leipzig, observaron entre 1948 y 1955, 37 casos seguros y 93 posibles. Revisando estos casos ocho años después, es sorprendente la ausencia de mejoría y la instauración progresiva de una enfermedad ulcerosa crónica y recidivante. Según R. D. Coddington, por debajo de los 6 años las úlceras son tan frecuentes en los niños como en las niñas, mientras que entre los 7 y 12 años existe un predominio masculino. Según algunos autores la úlcera duodenal es más frecuente que la gástrica.

Algunas úlceras sólo se diagnostican cuando se producen complicaciones, como una hemorragia o una perforación. Este retraso se debe a su sintomatología atípica: dolores mal localizados, menos relacionados con las comidas, y por el contrario, con náuseas y vómitos más frecuentes. La sintomatología se acerca a la del adulto a partir de los 6 años, pero con dolores más vagos, imprecisos y generalmente asociados con la toma del alimento.

B. R. Girdany indicó, en 1953, que los factores psicógenos podrían desempeñar un papel importante en la enfermedad; pero fueron L. H. Taboroff y W. H. Brown y más tarde A. H. Chapman y cols., los que, con un enfoque psicossomático, describieron las situaciones vitales en las que aparece la enfermedad y las características de la personalidad de los niños ulcerosos. Entre estas situaciones vitales deben recordarse: condiciones de *stress* familiar (crónicas o agudas); inmadurez e inestabilidad de los padres; madre hiperprotectora o directamente rechazadora, padre alejado o ausente. Los niños ulcerosos se caracterizan por una notable tensión corporal; signos

de pasividad y de sumisión aparentes; agresividad subyacente intensa y no expresada; excesiva dependencia de la madre, ambivalencia notable respecto a ella, pero incapacidad de expresar directamente los aspectos negativos de la ambivalencia; timidez, tendencia al aislamiento y sentimiento de inferioridad.

T. P. Millar (1969), al término de una revisión crítica de los trabajos sobre la úlcera péptica infantil y de investigaciones personales, propone la siguiente formulación hipotética: la acentuada inmadurez de estos niños debida a la hiperprotección materna los priva de fronteras propias y esperanzas mesuradas; asimismo están mal equipados para un funcionamiento autónomo apropiado. Al mismo tiempo, el niño está bajo una presión considerable para abandonar su modo de depender; puede haber aprendido a avergonzarse de su inmadurez; una fuente principal de hostilidad considerable que estos niños resienten hacia su madre parece ser como una reacción al fracaso de la madre en ser un pariente formal y capaz de guiarlos a la conquista de la fuerza psíquica. Las presiones externas sobre el niño provienen de la escuela, de los compañeros y de su madre; ésta, pese a necesitar la determinación dinámica de perpetuar la dependencia de su niño, también puede encontrarla personalmente penosa y haber tomado conciencia de su anormalidad; durante breves períodos, puede presionar a su niño para que llegue a ser más independiente. El niño está constantemente librando el mismo combate de separación para lograr un cierto grado de autonomía y no gana nunca; su intento de funcionamiento independiente puede frustrarse cuando su madurez adaptativa es desigual a la tarea; o su madre, temerosa por su bienestar, puede invitarlo a volver bajo su protección.

Probablemente, el niño con úlcera péptica está expuesto a repetidas crisis de ansiedad respecto a la separación. La patología está en la naturaleza improductiva y repetida de estos episodios. Es posible que el niño predispuesto pueda reaccionar a episodios especialmente intensos o prolongados de esta ansiedad con una alteración de las funciones gástricas que puede llevar a la úlcera péptica. Sin embargo, esto no significa la implicación de una relación dinámica específica entre conflicto de dependencia y úlcera péptica. Esta configuración psicodinámica se denota por la fobia escolar, trastornos del aprendizaje y de la conducta así como por otros trastornos psicossomáticos, (p. ej., asma, E. L. Lipton y cols.).

Aun suponiendo que este conflicto emotivo conduce a una alteración del funcionamiento gástrico, hay que postular otro factor predominante, el de una predisposición biológica a un funcionamiento gástrico anormal.

Basándose en el estudio de 32 niños diagnosticados de úlcera péptica, F. M. Bladgett y otros insisten en la importancia que debe darse a la frecuencia de las úlceras y de los síndromes gastrointestinales en las familias estudiadas. Observan un gran número de úlceras entre los familiares e insisten en el significado del *pattern* familiar en la comprensión de la etiología de esta enfermedad. Según estos autores se puede discutir la patogenia de la úlcera considerando la enfermedad como una combinación de factores genéticos y psicológicos, ya que encuentran un elevado porcentaje de trastornos de la conducta y psíquicos, tanto en la familia como en los niños ulcerosos.

5.º Colitis ulcerosa

Determinados autores (G. J. Devroede y cols., 1971) abogan por una proctocoliectomía precoz de esta grave enfermedad, cuyo índice de mortalidad y riesgo de desarrollo de un cáncer cólico se halla expuesto en la serie de la Mayo Clinic. Otros autores la consideran enfermedad psicossomática, y en calidad de tal constituyó el objeto de

numerosas publicaciones de D. P. Prugh (de 1949 a 1969), de M. Sperling (de 1946 a 1969) y de otros paidopsiquiatras, especialmente S. M. Finch y J. H. Hess (1962). En la obra de D. P. Prugh y K. Jordan (1969) hay una extensa revisión de la literatura junto con el estudio de ambos sobre 76 niños y adolescentes.

Se denunció la posible acción de agentes infecciosos, de enzimas proteolíticas en el intestino, de alergias alimenticias, de mecanismos autoinmunes y de factores psicológicos. Para D. P. Prugh y cols., la etiología es multifactorial, con determinantes en interrelación funcionando como influencias que predisponen, precipitan o perpetúan.

De acuerdo con sus publicaciones, D. P. Prugh y cols., indican que la descripción de la mayoría de los niños aquejados de colitis ulcerosa hace patente una personalidad pasiva, inhibida, demasiado sumisa y dependiente, con una frecuente pseudo-inmadurez, rasgos obsesivos-compulsivos y depresivos, y a veces con notables tendencias manipuladoras; estos sujetos acostumbran a tener acentuados conflictos a propósito de la realización de la autonomía, del manejo de las pulsiones agresivas en relación con el nivel psicosexual anal, así como conflictos subyacentes matizados en la fijación de la confianza de base y de las necesidades orales dependientes insatisfechas. Como advierten dichos autores, estos cuadros no son específicos y pueden hallarse en niños que padecen trastornos psicológicos o están aquejados de otros trastornos psicofisiológicos. D. P. Prugh y cols., encuentran una gama más amplia en su propia serie; en un tercio de sus casos, observan trastornos afectivos graves junto con capacidades de adaptación limitadas, notables tendencias a la regresión, posición pasivodependiente, depresiva, combinada a veces con la manipulación de los adultos; en unos pocos más de la mitad, los trastornos son moderados, las capacidades de adaptación mejores, y las tendencias menos regresivas, pero se dan manifestaciones obsesivo-compulsivas con una apariencia pseudomadura; la sexta parte están ligeramente trastornados (psiconeurosis histéricas y reacciones situacionales). Los factores psicosociales implicados en la precipitación del comienzo de la colitis ulcerosa se reducen a dos alternativas capitales: la pérdida real, el fantasma o la amenaza de pérdida de la relación con uno de los padres u otra figura-clave de la que el niño es muy dependiente; o bien una situación en la que el niño se siente impotente para hacer frente a una situación independiente o para salir bien sin apoyo o aprobación de los padres.

Significativamente, la madre tiende a ser la persona dominante de la familia e, inconscientemente, superprotectora, supercontroladora y restrictiva de cara al niño, frecuentemente perfeccionista, con rasgos obsesivo-compulsivos y sentimientos de culpabilidad e inadecuación; un gran número muestra actitudes muy orientadas hacia los intestinos, con una elevada incidencia de aproximaciones coercitivas de aprendizaje esfinteriano asociado a un frecuente uso de los supositorios y lavativas. Es frecuente la descripción de los padres como pasivos e inhibidos. Las descripciones de conjunto del funcionamiento familiar muestran las dificultades para la separación y comunicación del afecto, con restricciones de las relaciones sociales y de la acción espontánea, lo que, juntamente con las actitudes orientadas hacia los intestinos, puede representar un caso de "herencia psíquica".

En términos generales, el tratamiento medicamentoso de esta afección resulta decepcionante, pero el médico puede desempeñar un rol psicoterápico que, junto con los otros aspectos médicos, es probablemente benéfico. Se preconizaron (revisión de D. P. Prugh y cols.) diversas clases de psicoterapia a lo largo de un continuum que va desde las medidas de sostén, sin factor significativo expresivo y habida cuenta de la contraindicación de las aproximaciones psicoanalíticas intensivas, hasta la psicoterapia psicoanalítica. Para M. Sperling, esta última apro-

ximación constituye la única manera de "sanar" al paciente; dicho autor refiere 30 éxitos sobre 33 casos de catamnesia en individuos con edades de 3 a 23 años, en ninguno de los cuales se desarrolló cáncer; tal modalidad se opone al tratamiento por equipo que favorecería la "escisión" entre somático y psicológico, característico (según D. W. Winnicott) del enfermo psicosomático. La mayoría de las aproximaciones psicoterápicas se hicieron en conjunción con el tratamiento médico, y con técnicas adaptadas a la fase considerada. D. P. Prugh y cols., refieren los beneficios psicológicos substanciales logrados en unos pocos más de los tres cuartos de los casos, más de la mitad de los cuales presentaban una remisión completa de la sintomatología desde hacía algunos años; en ninguno se desarrolló carcinoma.

Teniendo en cuenta algunas características psicopatológicas de estos niños, H. S. Sundby (en un estudio catamnésico de 5 años de duración en 31 niños), no encuentra relación estrecha entre la gravedad del cuadro psicopatológico y la duración de la enfermedad; y el estado somático del niño en el momento de un nuevo examen psiquiátrico y las agravaciones durante esta enfermedad.

M. Davidson y cols., consideran que la etiología de la colitis ulcerosa se desconoce y que su curso es variable y prolongado. Aunque aceptan el papel desempeñado por los componentes afectivos, no reconocen características particulares ni a estos niños ni a sus familias, y piensan que las divergencias existentes entre los distintos autores, en lo que respecta a los factores afectivos, se deben al hecho de que las observaciones se hacen tanto al inicio de la enfermedad como posteriormente en el momento en que el estado del enfermo es puesto a prueba desde el punto de vista afectivo. Consideran que lo más admitido (después de establecida la enfermedad) son las exacerbaciones y las remisiones en función de los cambios del estado emocional.

C. — TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

La taquicardia forma parte de la sintomatología emocional de los niños y, por otra parte, éstos se sienten muy inquietos cuando la taquicardia se acompaña de palpaciones cuya importancia, a su modo de ver, está en función de lo que piensen de ella las personas que le rodean.

Los cambios tensionales importantes son raros en el niño. Sin embargo, P. Heim pone de manifiesto que algunos niños pueden reaccionar al dolor y al miedo con una elevación de la tensión arterial. Según L. Kanner, en algunos casos de *stress* la tensión puede elevarse, y refiere la observación de niños que presentan un síndrome obsesivo-compulsivo agudo con tensión arterial relativamente elevada que se normaliza después de la psicoterapia.

En el niño también pueden aparecer ataques sincopales en situaciones especiales, durante la fatiga, durante ceremonias en las que debe permanecer inmóvil durante mucho tiempo, o en accidentes a los que asiste en estado de carga emocional. Esto puede ocurrir en cualquier niño, pero en especial en los que presentan labilidad neurovegetativa: niños pálidos de piel fina, que se ruborizan y sudan fácilmente, y que por otra parte reaccionan fácilmente con vértigos, náuseas o vómitos. Durante el ataque sincopal, el niño puede perder la conciencia, pero no se produce ni incontinencia de esfínteres ni mordedura de lengua. Puede plantearse el diagnóstico diferencial con la epilepsia.

Aunque, señala que el cuadro es mucho menos frecuente en el niño que en el adulto, H. F. Shirley habla de una neurosis cardíaca en el niño. Se trata de niños que se vuelven ansiosos en relación a su corazón, ya sea porque sus padres son ansiosos e hipocondríacos o bien porque el médico ha llamado la atención sobre la posibilidad de una enfermedad cardíaca. El niño se vuelve inquieto y teme que su corazón se detenga, produciéndole la muerte. Por otra parte, puede aparecer sobreañadido un estado parecido después de una enfermedad orgánica del corazón y de una larga permanencia en cama, cuando el niño debe reanudar su actividad.

Algunos niños presentan palidez y enrojecimiento fácil: rubor cuando están frente a un interlocutor al que no conocen o frente a un superior, lo que pone de manifiesto su inquietud; o rubor púdico cuando se desnudan. A veces el temor a ruborizarse (eritrofobia) se transforma en una inquietud permanente que dificulta cualquier contacto.

D. — TRASTORNOS ENDOCRINOS

El desarrollo sexual va unido con el de la personalidad y viceversa, al igual que el sistema hipotálamohipofisario está íntimamente relacionado con el desarrollo de la vida emocional y está incluido en parte en el contexto del sistema neurovegetativo. No podemos describir aquí las características de estas interrelaciones. Nos limitaremos a citar dos tipos particulares de síndromes psicósomáticos: el hipertiroidismo y la espasmo-filia.

1.º *Hipertiroidismo*. — El hipertiroidismo es raro en el niño (2% de bocios exoftálmicos por debajo de los 12 años en la estadística de I. Bram, y 1% debajo de los 15 años en la de Kennedy) y es más benigno que el del adulto. La sintomatología se confunde con la de la ansiedad. La emoción se encuentra con menos frecuencia que en el adulto como causa precipitante (en un 85% de los casos de los pacientes de cualquier edad, y en un 6% de los casos en los niños que constituyen los grupos estudiados por I. Bram). No podemos extendernos en las características psicológicas que presentan los adultos, sobre los que P. C. Racamier ha publicado una amplia revisión crítica. J. I. Boswell y otros encuentran en los niños hipertiroides signos importantes de privación materna con falta de estimulación afectiva y física. Estos niños eran en conjunto plácidos hasta la aparición de su enfermedad, época en la cual se tornaron irritables, coléricos y exigentes.

2.º *Espasmo-filia*. — La espasmo-filia se caracteriza por signos clínicos (signo de Chvostek, fenómeno de Trousseau) y eléctricos (actividad repetitiva y signo del doblete en el electromiograma) que se exteriorizan fácilmente por una hiperpnea de tres minutos. Según H. P. Klotz, es el tipo de afección psicoorgánica en la cual se encuentran las interacciones de los fenómenos neurológicos y humorales y cuyos síntomas psíquicos son complejos: ansiedad asociada a las crisis o bien crisis que aparecen durante una descompensación o como consecuencia ansiógena de las propias crisis.

La espasmo-filia verdadera debe diferenciarse de la tetania por alcalosis, que afecta a sujetos ansiosos cuyas crisis aparecen después de una hiperpnea de diez a quince minutos.

E. — ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Se ha dicho que la piel es el fiel espejo de las influencias psíquicas. Por otra parte, el fenómeno psicogalvánico se basa en la observación de las alteraciones del potencial eléctrico de la piel producido por las emociones. Así, pues, no es sorprendente que se haya puesto interés en el estudio psicósomático de algunas afecciones cutáneas —neurodermatitis, prurito, urticaria, etc.—. La desaparición de las verrugas por métodos sugestivos plantea problemas todavía no aclarados.

R. Spitz ha insistido con razón sobre la importancia que debe darse, durante el desarrollo del niño, a la superficie de la piel como órgano perceptivo. Este autor comparte la opinión de M. F. Ashley Montagu sobre la función de la piel en el comportamiento de adaptación de los animales, ya que la piel posee un significado funcional insospechado para su desarrollo fisiológico y psicológico —importancia en especial del lamido de las crías.

El *eccema* se considera como una afección de origen alérgico, por lo que no es sorprendente que encontremos a propósito de su patogenia algunos elementos ya utilizados a causa de la psicósomática del asma, y más aún teniendo en cuenta que estas dos afecciones pueden aparecer en un mismo niño o a veces alternarse. Así, se han descrito algunos niños *eccematosos* como sujetos sensibles, ansiosos, agresivos, egocéntricos y con falta de seguridad, y a sus madres como personalidades ansiosas, superprotectoras o rechazadoras, o ambas cosas a la vez (G. Stone). Estos sujetos tendrían un estado de dependencia y de inseguridad con respecto a su madre. El factor emocional más importante en el desencadenamiento de esta afección sería la rabia desorganizada y no reconocida hacia los padres (H. A. Abramson).

Más interesante y demostrativo es el problema planteado por el “*eccema atópico precoz*” tal como lo presenta R. Spitz. Después de mostrar la frecuencia de esta afección en los medios institucionales y de eliminar las hipótesis de tipo alimentario, medicamentoso, de la ropa, etc., este autor opina que los casos de *eccema* son tan elevados en las instituciones, que debe intervenir un factor psicológico y no somático. En los lactantes que contraen el *eccema*, señala dos anomalías:

— Las madres tienen una personalidad infantil y manifiestan hacia su hijo hostilidad disfrazada de ansiedad, no les gusta tocarlos u ocuparse de ellos, y les privan sistemáticamente de todo contacto cutáneo.

— Estos niños tienen una predisposición congénita a una respuesta cutánea aumentada, lo que les conduce a una afectividad aumentada de la representación psíquica de la percepción cutánea. Es interesante señalar que el *eccema atópico* infantil se inicia durante el segundo semestre de la vida y que se produce una curación espontánea generalmente hacia el final del primer año. Según R. Spitz, esto se explica debido a que el niño aprende a andar hacia el final del primer año, lo que le torna progresivamente más independiente de las señales provenientes de la madre, y el *eccematoso* puede reemplazar las relaciones objetales normales de las que ha sido privado, por estímulos que puede obtener por sí mismo. Puede reemplazar los estímulos maternos por contactos con las cosas o con otras personas. La importancia que se da a la actitud rechazadora de la madre, a la evitación de todo contacto físico con su hijo, es destacada también por D. H. Williams y M. J. Rosenthal.

Por otra parte, en el estudio de los trastornos cutáneos del niño, deben tenerse en cuenta también fenómenos como la picazón, el rascado y la producción secundaria de lesiones cutáneas, liquenización, etc.

Las peladas emocionales son bien conocidas, y, para algunos, las peladas familiares apoyan la existencia de una verdadera personalidad peládica (M. Juon).

P. de Graciansky distingue la alopecia aguda, que aparece después de traumas emocionales, de la alopecia peládica más compleja que aparece en sujetos que presentan una falta de independencia, de decisión y de agresividad y que tienen madres hiperprotectoras. El abandono se encuentra a menudo en estos niños, por lo que se ha comparado la pelada con la neurosis de luto (E. Wittkower).

R. D. Mehlman y R. D. Griesemer han seguido detalladamente durante tres años a 20 pacientes con alopecia (consulta de la Clínica Dermatológica del Children's Hospital, Boston). Describen 5 tipos de acontecimientos desencadenantes; cada uno de ellos representa una pérdida real o simbólica aparecida alrededor de dos semanas antes del inicio de los síntomas:

- Varios de los pacientes más jóvenes han presentado una alopecia en asociación aparente con un destete traumático.
- En otro grupo, la afección parece ser debida a un abandono posible o real.
- Algunos pacientes, en especial los de mayor edad, mostraban en su historia síntomas claros de ansiedad neurótica altamente elaborada, en el fondo de la cual existían síntomas de abandono y de pérdida.
- En algunos, la caída del cabello se asociaba con el nacimiento de hermanos.
- En algunos casos la alopecia apareció después de la pérdida de una relación significativa.

F. — CEFALÉAS Y MIGRAÑAS

1.º Cefaleas

La cefalea es relativamente frecuente en el niño. Aunque algunos autores admiten que la cefalea puede aparecer alrededor de los 4 años o incluso antes, todos están de acuerdo en que su aparición en el niño coincide generalmente con la escolarización. La cefalea puede ser difusa, de predominio frontal u occipital; en pocas ocasiones es continua, y en estos casos los niños se quejan de fases de exacerbación. La cefalea se acompaña generalmente de fenómenos digestivos o de trastornos neurovegetativos. A veces el inicio de la cefalea está en relación con impulsos de rabia reprimidos (M. Sperling).

J. McGovern y cols., proponen una clasificación etiopatogénica de la cefalea infantil:

- Enfermedades locales intracraneales o extracraneales.
- Cefaleas debidas a una enfermedad sistémica que puede producir cambios de la circulación encefálica (infección, intoxicaciones, trastornos metabólicos, etc.).
- Cefaleas en relación con una diátesis alérgica.
- Síndrome hemirreanal.
- Cefaleas de difícil clasificación.
- Cefaleas funcionales.

Entre estas últimas, estos autores describen cefaleas de tensión, cefaleas psicógenas, cefaleas con ganancia secundaria, cefaleas de conversión y cefaleas de reacción esquizofrénica.

A. P. Friedman y cols., admiten que la cefalea tensional es la más frecuente en el niño. Se trata de una cefalea de localización generalmente occipital, acompañada de ansiedad, náuseas, vómitos y tensión de los músculos de la nuca en relación con algunas particularidades emocionales de estos niños.

H. F. Shirley admite que el niño puede quejarse de cefaleas para evitar trabajos desagradables, o bien que pueden ser debidas a dificultades escolares por fracaso o trastorno de adaptación. A veces las cefaleas pueden formar parte de tendencias hipocondríacas más difusas.

Según R. Mayer, la cefalea psicógena es siempre sintomática de una situación conflictiva con valor comunicativo que responde a un estado de necesidad, de protesta o de miedo; y generalmente es la expresión de una ambivalencia entre la pasividad y la autonomía.

Según P. Bourdier, cuando la cefalea aparece en los primeros años de la escolaridad, se acompaña de síntomas discretos que deben buscarse: persistencia anacrónica de las fobias normales de la primera y segunda infancia, elementos obsesivos parásitos, trastornos del sueño, dificultades para conciliar el sueño, pesadillas y terrores nocturnos.

P. Marty, estudiando los antecedentes de los adultos afectados de cefalea, hace constar que éstas se inician entre los 6 y 8 años. En esta edad, dice, los bloqueos inconscientes de los pensamientos infantiles chocan con fenómenos racionales recientemente adquiridos y pueden experimentarse como peligrosos. La concienciación del razonamiento es un momento peligroso y cargado de un valor afectivo muy ambivalente, y, según este autor, basta que en este momento aparezcan algunos traumatismos directos o indirectos, para que se produzca una inhibición del pensamiento racional, acompañado de cefaleas que constituyen, con el substrato del mecanismo fisiológico en el que reposa, la expresión exterior, expresión positiva de estos fenómenos de inhibición.

La cefalea que se desarrolla sobre un fondo fóbicoobsesivo, tal como la describe P. Bourdier, aparece como un signo de alarma, lo cual demuestra que los medios utilizados contra la angustia son insuficientes. Así, el niño está preparado para utilizar su sufrimiento y para renunciar a su inteligencia, instrumento adquirido de éxito y, por tanto, de placer.

2.º Migrañas

La migraña no es rara en el niño. Al igual que en el adulto, se caracteriza por una cefalea unilateral acompañada de náuseas o de vómitos y de trastornos vasomotores —las sensaciones visuales anormales son raras en el niño—. Si la cefalea presenta un carácter contingente, la jaqueca puede manifestarse solamente por dolores abdominales. Como dicen J. L'Hirondel y cols., el rasgo más común del acceso paroxístico no es la cefalea (difusa, bilateral, frecuentemente moderada), sino la cólera vegetativa que la precede y acompaña.

En el niño de corta edad, la migraña aparece por lo general bruscamente, el niño deja de jugar, se acuesta, permanece inmóvil, pálido, presenta un estado nauseoso y la cefalea desaparece después de que el niño ha vomitado; a menudo después se duerme para despertarse perfectamente normal. Excepcional antes de los 4 años, la migraña es ante todo una enfermedad de la edad escolar y predomina en el sexo femenino.

La migraña ha sido considerada como una enfermedad alérgica, pero aunque sólo en casos excepcionales, puede aparecer después de la absorción de uno u otro ali-

mento; parece que no se encuentran más afecciones alérgicas de tipo respiratorio o cutáneo en los migrañosos que en los grupos de control.

La migraña ha sido también atribuida a una disritmia cerebral. Numerosos trabajos electroencefalográficos apoyan esta hipótesis. Sin embargo, en el trabajo de B. Bille no existe en el E. E. G., ninguna diferencia significativa entre los trazados de niños migrañosos y los del grupo de control.

Lo que destaca en la mayoría de trabajos son los antecedentes familiares. En la monografía de B. Bille, los antecedentes de manifestaciones migrañosas en la madre se encuentran en un 72,6% de los casos.

Muchos autores han conferido importancia ya sea a las características psicológicas de estos niños o bien a la importancia de los factores psicógenos en el desencadenamiento de las crisis. Según B. Vahlquist, en muchos casos se encuentran particularidades psicológicas: niño hipersensible, a menudo ambicioso, que busca el éxito personal, irritable, y de personalidad rígida con signos de agresividad reprimida. Según este autor, las calificaciones escolares son generalmente buenas más debido a la ambición que a las dotes naturales: el tesón y la aplicación superan a la imaginación creadora. Algunos autores han pensado que el nivel intelectual de los niños migrañosos es superior a la media, pero las investigaciones de B. Bille no demuestran diferencias de nivel entre los niños migrañosos y los del grupo de control.

Aunque los factores que desencadenan la crisis migrañosa no son siempre claros, la tensión psicológica es a menudo aparente. Además, se sabe que el niño está afectado a menudo durante el período escolar, mientras que no lo está durante las vacaciones. Algunos elementos, como los que se han descrito en las cefaleas, pueden encontrarse en los niños migrañosos, pero parece que la patogenia es distinta.

Se valora mucho los resultados obtenidos por la psicoterapia para la demostración de la naturaleza psicósomática de esta afección, pero no se debe olvidar que su pronóstico es muy variable y que por tanto los resultados no pueden valorarse de forma segura. Sea lo que fuere del mecanismo propiamente dicho, incluso las personas que tratan de situar la migraña en el cuadro de la distonía neurovegetativa subrayan la importancia de la ansiedad y de la hiperirritabilidad, aconsejando una cura psicoterápica a los padres. (L'Hirondel y cols.)

G. — PSICOSOMÁTICA Y OFTALMOLOGÍA

Ya hemos visto anteriormente que los trastornos histéricos del aparato ocular son frecuentes, y en particular la ceguera histérica o los trastornos del campo visual.

Durante mucho tiempo el *estrabismo* se ha considerado como un trastorno motor cuyo tratamiento se basaba únicamente en los aspectos anatómicos y tenía por finalidad la corrección estética, pero los oftalmólogos y sobre todo los reeducadores observaron rápidamente que detrás del déficit anatómico existía un déficit funcional.

Estudiando las características de la personalidad de estos enfermos, se han descrito algunos rasgos particulares que unos consideran como secundarios al estrabismo, mientras que otros creen que desempeñan algún papel en el origen o en la persistencia del trastorno. Algunos autores piensan que la histeria es el principal factor etiológico. Según M. Fain, no puede describirse un tipo de personalidad estrábica, pero los estrábitos, tanto congénitos como adquiridos, agregan siempre sobre este síntoma interpretaciones inconscientes de tipo histérico. Todos estos niños presentan un punto común, reaccionan muscularmente presentando con frecuencia una agita-

ción motora considerable que se exterioriza por pataleo y por juegos bulliciosos. Estas tendencias a agitarse provocan a menudo una actitud represiva de los padres, la cual engendra fuertes reacciones agresivas que el niño reprime, y su estrabismo aumenta. H. Moutinho y J. Dos Santos reconocen la existencia de una actitud represiva de los padres, pero, para ellos, no se debe solamente a la actitud agresiva de los niños, sino que está en relación con el sentimiento de superioridad de la madre o con su autoritarismo. Estos autores consideran el estrabismo concomitante como un síntoma reactivo psicomotor que aparece generalmente junto a otros síntomas del mismo tipo; los niños estrábitos se describen generalmente como insoportables, revoltosos y testarudos; se encuentran síntomas de debilidad motora en sus antecedentes. Basándose en dichos datos estos autores proponen dos principios generales para orientar la actividad educativa: la reeducación debe tener como finalidad equilibrar una personalidad trastornada y no sólo restablecer una función. La personalidad de un deficiente se afecta sobre todo en lo que respecta a su capacidad de expresión corporal, la acción reeducadora no debe ejercerse únicamente sobre la musculatura ocular, sino también sobre el dinamismo ocular, y debe basarse en la observación de los niños, la evaluación de sus posibilidades y el conocimiento de sus intereses.

III. — PROBLEMAS TEÓRICOS PLANTEADOS POR LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS DEL NIÑO

Es evidente que en el niño podría emplearse el mismo tipo descriptivo que se ha empleado para la descripción de las enfermedades psicósomáticas del adulto. Como hemos visto, éstas se definen en parte a partir de las organizaciones funcionales infantiles, pero una parte de la psicósomática del adulto describe la organización infantil como una presuposición a partir del análisis del hombre maduro. La verdadera psicósomática infantil no puede hacerse más que estudiando su desarrollo y sus diferentes fases, teniendo en cuenta que el niño es inmaduro en el momento del nacimiento, que depende necesariamente de los demás y que evolucionará progresivamente hacia nuevas organizaciones que adquirirán valores completamente diferentes. M. Fain se pregunta si puede aislarse una forma psicósomática pura a una edad precoz y, en estos casos, prefiere hablar de organización "afectivosomática" para expresar el hecho de que la cualidad afectiva que entonces rige el dinamismo interno de la pareja madre-hijo depende sobre todo de la madre. Considera que la utilización de la noción de "pensamiento operatorio", tal como se ha descrito en el adulto, en el niño no puede encontrarse más que en vías de formación, ya que tiene características particulares que el adulto no posee: es socialmente dependiente, no siente la obligación de atender a sus necesidades, posee formas de expresión que no son toleradas en el adulto (gritos, llantos, agitación motora, enfado), y finalmente, como señala S. Margolin, tiene posibilidades somatoplásticas más importantes que el adulto. Aunque M. Fain tiene razón al considerar que la organización psicósomática del niño no es la misma que la del adulto, en nuestra opinión se equivoca, al menos en sus propósitos, al considerar al adulto como la norma y la "mentalización" como el

verdadero problema de la psicósomática. En realidad no hay nada más psicósomático que el niño. Estudiándolo desde el nacimiento hasta la edad de un año, se pone en evidencia cómo se plantean, en él, de forma distinta que en el sujeto maduro, problemas tales como los del paso de lo psíquico a lo somático o de lo somático a lo psíquico, cómo el cuerpo en su organización adquiere un lugar privilegiado y cómo la función de sus órganos no puede reducirse a una simple psicogénesis. De hecho, puede decirse que no hay una psicósomática infantil, sino que existen formas de organización y de desorganización distintas, según la etapa de su evolución. En la psicósomática infantil, la función se expresa en el dinamismo de su propia organización. Está en el individuo en su expresión misma a través de la función.

Algunos psicoanalistas infantiles han abordado la cuestión en este sentido aunque existan, como entre los especialistas de psicósomática de adultos, puntos de vista muy diferentes.

Según D. W. Winnicott, la enfermedad psicósomática implica una escisión de la personalidad del individuo, con una debilidad de la unión entre el *psyché* y el *soma*, o una escisión organizada en la mente en defensa contra la persecución generalizada del mundo repudiado. Pero la somatización tiene asimismo un valor positivo: el individuo valora la unión psicósomática potencial; la defensa se organiza no solamente en forma de escisión que protege contra la aniquilación sino también en forma de protección del *psyché-soma* contra la huida de una existencia intelectualizada o espiritual, o en explosiones sexuales compulsivas que ignorarían las reivindicaciones de una psique que ha sido construida y es sostenida sobre una base de funcionamiento somático.

L. W. Sontag intenta definir los aspectos particulares de los trastornos psicósomáticos-infantiles: estos trastornos aparecen durante la formación de la personalidad y forman parte del desarrollo; son más a menudo y más directamente intencionales y se presentan con menos frecuencia como una neurosis de órgano; cada niño es en algún grado una reacción narcisista de sus padres; la situación que produce una tensión o que descarga una tensión es de capital importancia en la psicósomática infantil; ésta se construye sobre tensiones no resueltas creadas por frustraciones de necesidades y responde a reacciones de dependencia-independencia; algunos síntomas psicósomáticos son, de forma predominante, agresivos, pero otros son pasivos; los trastornos psicósomáticos modifican de forma más completa y más traumática el medio ambiente. Estos trastornos pueden manifestarse como una protesta contra la forma de ser tratados por los padres, pero a su vez modifican la forma de ser tratados por ellos; la psicodinámica de estos casos es diferente, no existe manifestación tipo que aparezca en un ambiente familiar tipo.

Por su parte, P. Pinkerton admite que el mismo tipo de trastornos puede producirse por actitudes radicalmente diferentes y que, de hecho, no existen dos casos parecidos, el denominador común de este tipo de trastornos consiste en suscitar en el niño un negativismo (expresión de los conflictos con sus padres) a través de una función fisiológica particular. La agrupación de los factores emocionales en cada caso es específico para cada niño en función de su estructura, de sus experiencias vitales y de sus reacciones respecto a sus padres y a su medio. El *stress* no puede valorarse por sus efectos externos, sino solamente por lo que significa para el paciente. Un mismo sujeto no adopta el mismo canal de expresión, incluso cuando está bajo un *stress* similar, y el autor no se explica por qué existe preferencia por una canal psicósomático y no por otro. Este autor se opone a la noción de tipo específico de estructuras de la personalidad subyacente a cada tipo de trastornos psicósomáticos y, según él, en términos de psicogénesis no parece existir ni causa específica para un

trastorno psicósomático determinado, ni tipo de personalidad única específica propensa a un síndrome particular.

La mayoría de especialistas en psicósomática describen situaciones particulares y *modos particulares de relación madre-hijo*. M. Sperling muestra que algunos rasgos son característicos de estas madres: conflictos emocionales no resueltos de su propia infancia que son proyectados en el niño, el niño puede representar un hermano, una hermana o un padre odiado; proyección de una parte de la persona de la madre en el niño; necesidad tan intensa de dominar al niño que en algunos casos éste es considerado y tratado como si fuera parte del propio cuerpo de la madre (fenómeno descrito por O. E. Sperling con el término *apersonación*). Según P. Pinkerton, las relaciones padres-hijo no dependen únicamente de un determinado tipo de personalidad estática de los padres, sino también de un fondo de "situación vital" de éstos; por ejemplo, largo período de esterilidad en el matrimonio, circunstancias obstétricas desfavorables, historia posnatal traumatizante, enfermedad de un hermano o hermana mayor, insatisfacción conyugal con aislamiento del padre o de la madre entre sí, tendencia a vivir a través del niño, sentimiento de hostilidad o de rechazo hacia el niño durante el embarazo, hijo no deseado, etc. Según este autor, estos tipos de "situación vital", aunque distintos, tienen un punto en común: aumentan posiblemente el valor afectivo del niño hacia sus padres y modifican sus relaciones afectivas.

R. Spitz ha dado mucha importancia a las relaciones madre-hijo en el desarrollo de la personalidad y, en especial, en lo que denomina trastornos psicotóxicos. Según este autor, es la madre la que, en las relaciones precoces madre-hijo, constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño, al menos al principio, recibe pasivamente. Para este autor, los trastornos de la personalidad de la madre se reflejarán en los trastornos del niño, siendo debidas las influencias psicológicas nocivas a las relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo: relaciones madre-hijo inapropiadas o insuficientes. Basándose en estas ideas establece una clasificación etiológica de las enfermedades psicógenas infantiles que se corresponde con las actitudes maternas, y distingue dos tipos de trastornos: los trastornos psicotóxicos debidos a relaciones madre-hijo inapropiadas, y los trastornos por déficit, debidos a relaciones madre-hijo cuantitativamente insuficientes.

A partir de este estudio, R. Spitz distingue una serie de esquemas nocivos de conductas maternas cada una de las cuales parece relacionada con un trastorno psicotóxico específico en el lactante, y de esta forma establece una relación entre los factores etiológicos producidos por las actitudes maternas y el tipo de enfermedad del niño:

- el rechazo primario manifiesto produce el coma del recién nacido (M. Ribble);
- la indulgencia primaria excesiva y ansiosa produce los cólicos del primer trimestre;
- la hostilidad disfrazada de ansiedad provoca el eccema;
- las oscilaciones entre los niños y la hostilidad dan lugar a hipermotilidad;
- los cambios de humor cíclicos (catatímicos) dan lugar a los juegos fecales;
- la hostilidad conscientemente compensada suscita la hipertimia agresiva (J. Bowlby).

Por otro lado los déficit cuantitativos:

- la privación afectiva parcial produce la depresión anaclítica;
- la privación afectiva completa produce el marasmo.

M. Soulé, tomando una parte de los argumentos de R. Spitz, admite que una de las causas de los trastornos de este tipo en el niño es la inconsistencia de los signos maternos o su incoherencia; los signos contradictorios tienen un valor grave-

mente desorganizador, pero los intercambios no se hacen sólo en el sentido madre-hijo y de una forma lineal. En cada momento existe una "transacción", es decir, un estado de equilibrio en las relaciones recíprocas, resultante del intercambio de informaciones y de las interacciones anteriores. La diáda, tal como se ha descrito como sistema en el que se intercambian informaciones recíprocas e interactuantes, puede considerarse como una homeostasia tipo Ashby, que no tiene otra finalidad que dar una posición de equilibrio. Desde este punto de vista, cada trastorno funcional del lactante significa un síntoma que pone de manifiesto una enfermedad o un síndrome debido a una disfunción incluida en una entidad más completa: la diáda estructurada progresivamente por la relación madre-hijo. Para este autor, todo síntoma es un compromiso que permite un equilibrio, pero también es una expresión y un llamamiento y, en nuestro sistema de cuidados a los niños, los trastornos funcionales del lactante toman en lo sucesivo el valor de un tercer sistema de señales.

No podemos exponer aquí la gran diversidad de nociones teóricas aportadas por los especialistas en psicopatología infantil, pero quisiéramos destacar algunos datos generales interesantes.

El *factor edad* desempeña un papel muy importante, como han señalado numerosos autores (R. Spitz, L. W. Sontag, L. Kreisler, etc.).

Según L. Jessner, algunos trastornos psicopatológicos tienden a aparecer a edades específicas. Esta relación temporal refleja la importancia de las fases del desarrollo en el campo de los trastornos psicofisiológicos, ya que la maduración produce un cambio de las vías de descarga de la tensión, de la tolerancia y del dominio de las emociones y de las defensas disponibles contra la ansiedad.

Estudiando las enfermedades psicopatológicas de la primera infancia J. Aubry distingue las enfermedades psicogénicas que aparecen antes de los 6 meses de las que aparecen después de los 6 meses:

— Antes de los 6 meses el niño no tiene de su cuerpo más que una imagen parcial y las relaciones objetales no están aún establecidas. Reacciona a las tensiones en sus relaciones con la madre mediante anorexia, diarrea y vómitos. Según este autor el problema del eccema y del asma no está bien aclarado.

— Después de los 6 meses, la imagen del cuerpo se precisa y el estadio del espejo anuncia la evolución del lactante hacia la autonomía, y su posición de "sujeto" que reafirmará más tarde diciendo "yo". La reacción somática es casi siempre más diferenciada aunque sigue siendo digestiva: anorexia, mericismo, constipación persistente.

Por otra parte, R. Wolfroth muestra que es entre 1 y 7 a 11 años cuando se precisa generalmente el asma infantil y que es en el período prepuberal o puberal de los 7 a 13 años cuando a veces el enfermo alérgico cura. Esta acción sedativa es más frecuente en el niño, el cual en esta época adquiere una mayor autonomía, mientras que en la niña la pubertad puede cursar junto a una reviviscencia de los conflictos con la madre.

Todos los autores coinciden en atribuir una gran importancia a las *características de la madre*, y aunque algunos consideran que existen madres típicas de algunas enfermedades (madres afectuosas e hiperprotectoras, madres dominantes y posesivas, madres rechazadoras, madres rígidas y perfeccionistas, etc.), llegando hasta describir una estructura específica de la personalidad de los padres, otros no creen que exista una causalidad entre los tipos de madres y la enfermedad y consideran que estas descripciones son demasiado esquemáticas, mientras que lo que cuenta son los modos de actividad de estas madres y no solamente sus características formales. En efecto, no basta con saber cómo es la madre en tanto que

persona adulta; detrás de esta apariencia, el nacimiento del hijo puede despertar nuevos modos de relación y poner en movimiento algunos mecanismos escondidos; no basta con hacer una descripción de la madre tal como es, sino que se debe intentar comprender lo que el niño representa para la madre, y esto no sólo a través de la actitud objetiva de ésta sino teniendo en cuenta los mecanismos inconscientes que son la base de esta actitud. Además, si no se profundiza suficientemente en el análisis de la madre, lo que ella nos ofrece de su propia personalidad y que puede no ser más que una fachada, corre el peligro de hacérsela clasificar racionalmente en uno u otro grupo, pero el niño puede sentir detrás de esta fachada la realidad que un análisis objetivo no permite siempre desenmascarar. Para conocer mejor a la madre hace falta, como señala M. Gerard, estudiar detalladamente el comportamiento de estas madres para determinar la influencia de las variaciones mínimas en su modo de alimentar, de sostener o de bañar al niño, de hablar, de cantar, de sonreír o de fruncir el ceño; es necesario también apreciar la constancia o la falta de constancia de todas estas actitudes así como las reacciones del niño. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el comportamiento de la madre puede modificarse por las respuestas o los ofrecimientos del niño y sus reacciones hiperactivas o pasivas. Según el tipo de estas reacciones, la madre puede elaborar reglas que repercuten en el niño o refuerzos racionales de su actitud inconsciente.

Aunque las reacciones del niño están íntimamente relacionadas con los cuidados de la madre, no puede olvidarse que antes de la organización del Yo el niño puede presentar modos de conducta personales que pueden inducir la actitud de la madre. No se trata necesariamente de la activación de funciones específicas sino de necesidades, de modos de acción, de demandas de satisfacción, de expresiones cuya insatisfacción corre el peligro de producir un trastorno.

Muchos autores hablan de *constitución psicopatológica infantil*; pero esta noción puede interpretarse de formas diversas. J. Richmond y otros han estudiado la reactividad autónoma del recién nacido y, en especial, el desarrollo de las relaciones cortico-autónomas. Según estos autores, existe una amplia variación individual en los recién nacidos en lo que respecta al ritmo cardíaco, a la temperatura cutánea y a las respuestas del sistema nervioso autónomo, lo que exige a la madre una gran flexibilidad para responder a las necesidades individuales de su lactante. Además de la cantidad y de la cualidad de las experiencias de gratificación de las necesidades, la regulación de las tensiones es importante para la realización de la homeostasia somática y fisiológica. Debido al estado de impotencia del lactante, los modelos de respuestas fisiológicas dependen de la cualidad de los cuidados maternos al principio de la vida. La repetición y la modificación de estos modelos en un amplio campo de relaciones con personas distintas parecen importantes para el desarrollo de las reacciones psicopatológicas más tardías.

M. Fries piensa que el nivel de actividad representa una vitalidad y una cualidad resistente que, frente a la amenaza del medio ambiente, transforma el modelo de comportamiento. El desarrollo de las defensas psicológicas es distinto según que el nivel de actividad sea elevado o bajo; este nivel está determinado por factores genéticos, experiencias psicopatológicas de la vida fetal y de la nutrición y por el comportamiento de los padres.

Algunos autores han descrito determinados tipos de niños: niños fuertes, niños débiles, personalidades sensibles o vulnerables, niños "alérgicos a los *stress* emocionales" (P. Pinkerton).

Ya hemos visto que la mayoría de autores insisten sobre el comportamiento tónico particular de los niños que padecen cólicos del primer trimestre. M. Fain

admite, hasta que no se demuestre lo contrario, como congénitos varios factores: forma especial de reaccionar a los disgustos, umbral más o menos elevado de resistencia a la agresión, existencia de factores personales que favorecen la mentalización, posibilidades de reaccionar a la carencia mediante la autoexcitación, necesidad de aportes narcisistas diferentes en cada niño. No se puede prescindir de estos hechos que podrían permitir trazar un perfil del niño psicossomático, pero aunque estas características respondan a algunos potenciales que el niño trae consigo en el nacimiento, lo importante es saber cómo se efectúa la realización funcional de esta energía considerada como hereditaria o congénita, y cómo la propia madre responde a las exigencias que esta actitud personal implica. Por otra parte, la madre, mediante su actividad, puede imponer una determinada forma de ser al niño, mediante su energía o su pasividad, o desorganizar su función mediante su actitud ambivalente y sus aportes contradictorios. Las correlaciones entre los potenciales del niño y los aportes de la madre no deben considerarse como cooperativos sino como cotransformadores.

El trastorno funcional o lesional ha sido también atribuido a determinados factores constitucionales o a determinados conflictos específicos. Algunos autores consideran que la *elección del órgano* está en relación con su insuficiencia congénita, la elección del órgano o de un canal determinado depende ampliamente de esta insuficiencia, incluso si la cualidad de las relaciones precoces entre el lactante y la madre desempeña un papel importante e indiscutible. Para otros, determinados tipos de organización madre-hijo orientan la elección del canal y si, por ejemplo, algunas necesidades se gratifican a través de uno de estos sistemas, algunos tipos de frustración harán que todas las emociones se introduzcan en un sistema fisiológico particular (L. J. Saul). Finalmente, para otros autores la elección del órgano en un niño en evolución depende de las características particulares de su funcionamiento en un momento dado de su evolución y de las características simbólicas que el órgano puede tomar durante esta evolución. R. Spitz ha demostrado cómo algunos trastornos aparecen a una edad determinada y desaparecen posteriormente cuando la personalidad puede expresarse por otros medios.

La aparición de una sintomatología psicossomática no depende únicamente del trastorno conflictivo, sino que debe relacionarse con la maduración del funcionamiento de los órganos y con las características del desarrollo psicológico. Como señala T. Benedek, los aparatos fisiológicos y mentales del lactante representan un sistema que comunica amplia y fácilmente con el sistema de la madre (con todos los aspectos de su personalidad), pero a través de los procesos de identificación con la madre, el niño pasa de un estado indiferenciado al estado de un individuo provisto de un aparato mental estructurado que controla los procesos psíquicos y somáticos.

M. Schur se ha dedicado a estudiar las relaciones existentes entre esta evolución y lo que se denomina somatización. A partir de un estado indiferenciado, la maduración permitirá al niño expresarse en varias direcciones, al mismo tiempo que el aparato mental se organiza. En este período existe una mutua interdependencia entre la maduración del sistema nervioso central y el desarrollo del aparato motor, la estabilización de los procesos homeostáticos y la emergencia de los procesos del pensamiento secundario, en tanto que parte esencial de la formación del Yo. Desde este punto de vista, M. Schur establece una distinción entre el fenómeno de "desomatización" y el de "resomatización". La desomatización constituye un proceso de desarrollo en el que las energías psíquicas son controladas cada vez más por medios *psíquicos* más que *somáticos*, lo que corresponde a una aplicación creciente de las leyes del proceso secundario. En caso de regresión se produce una "resomatización"

que es el proceso inverso del primero y que se asocia a una vuelta al régimen del proceso primario, y que se debe a un fracaso de la neutralización, lo cual constituye una de las primeras barreras contra los *stress* fisiológicos. En esta época, la emergencia de los fenómenos somáticos está relacionada con la función del Yo; la regresión del Yo, especialmente la prevalencia de los procesos primarios, puede producir el fracaso de otra función esencial del Yo: la facultad de neutralizar la agresión. Según M. Schur, parece que existe un cierto paralelismo entre la prevalencia de los procesos del pensamiento primario, el fracaso de la neutralización y la "resomatización" reactiva. La regresión fisiológica y sus consecuencias dependen de factores congénitos y del medio que, juntos, determinan la constelación del desarrollo del Ello y del Yo, la predisposición a la angustia (o mejor a tipos regresivos de angustia) y la elección del órgano reaccionante. La reacción individual depende de las características de la regresión, mientras que el Yo puede tolerar una regresión escogida controlada o incluso buscarla y sentir placer, la reacción regresiva en la angustia es vivida por el Yo como un peligro. Un análisis metódico de este fenómeno puede mostrar diversos tipos de organización, unas veces el Yo intenta desesperadamente restablecer el equilibrio, restaurar el proceso del pensamiento secundario y ponerse de nuevo a operar con la energía neutralizada, lo cual producirá una *angustia controlada*, otras veces nos encontraremos frente a una situación de regresión completa en la cual la tentativa de restauración ha sido abandonada o ha fracasado, dando lugar a una situación de *angustia no controlada*. Entre estos dos extremos tenemos que enfrentarnos, según M. Schur, con una serie complementaria de respuestas. En la angustia controlada pueden esperarse reacciones diferentes no sólo en cantidad sino también en cualidad, diferencias que se extienden a los fenómenos de descarga somática. Los conceptos de ansiedad controlada y no controlada son paralelos a los de agresión controlada y no controlada. Las manifestaciones somáticas de la agresión deben, en analogía con la ansiedad, depender de la condición total del individuo comprendiendo en todo momento la suma total de todos los factores congénitos y del medio interdependientes e intrincados y, como en la ansiedad, es posible que las manifestaciones somáticas de estas múltiples facetas de agresión difieran no sólo en cantidad sino también en cualidad.

*
* *

Desde el punto de vista del desarrollo, podemos considerar que la manifestación psicossomática es la expresión del organismo a través de un órgano o de una función, que no es debida ni al azar ni a una reacción específica, sino al resultado de la conjunción, en la línea histórica del desarrollo, de factores diacrónicos y sincrónicos que aparecen en la realización funcional. Al principio del desarrollo, el funcionamiento forma parte de un desarrollo vital protopático en el contexto de una mecánica ordenada sobre un fondo de actividad relativamente fija, con una labilidad suficiente necesaria para el establecimiento de mecanismos de autorregulación. Es un monólogo de funcionamiento y un monólogo simbiótico con la madre en el cual exterior e interior se confunden, cuerpo en funcionamiento que establece posteriormente un código semiótico de infralenguaje, cuerpo que al mismo tiempo interroga y se responde antes de abrirse a un diálogo relacional. En este momento se desarrollan las exigencias de uno y las respuestas del otro. La elección del niño, en los límites que le permite su propia fisiología, tendrá que confrontarse con las aprobaciones o las exigencias del otro en vivencias mutuas concordantes o contradictorias. La fuente que satisface al niño puede producir tranquilidad y al mismo tiempo exigencias renovadas (niño insaciable, vorazmente insatisfecho); pero algunas

frustraciones pueden ser formativas; se inscriben en el sentido de la organización del ciclo biológico del niño. Muchas frustraciones transcurren sin ninguna modificación tensional ya que, según como se frustra al niño, se adaptará al mundo exterior elaborando una determinada realidad a partir de satisfacciones "alucinadas". Poder manejar una función o soportarla son, en efecto, cosas distintas. El conjunto de la organización del niño deberá modelarse a esta realidad exterior, pero según su modo de relación, algunos funcionamientos impuestos serán aceptados mientras que el rechazo de otros creará un "antifuncionamiento".

Sólo se puede comprender la psicosis infantil teniendo en cuenta:

— El desarrollo de las emociones y de los afectos, y su importancia en la organización de la personalidad.

— La función desempeñada por la pareja del niño en la expresión de sus emociones y afectos.

— El valor que adquiere esta confrontación en el funcionamiento de los órganos. Es el valor cuantitativo y sobre todo cualitativo de estos intercambios el que influirá en el funcionamiento según el estado de los sistemas (potencial de base), y sobre todo el momento de su evolución. La expresión de este funcionamiento, con valor de comunicación protopática al principio, se convierte en epicrítica más tarde, pero puede permanecer en forma de expresión no verbal hasta un período tardío. El valor de esta expresión se refuerza cuando el niño obtiene beneficios, ya sea encontrando en sí mismo su satisfacción por medio de sus órganos en forma autoerótica de forma real o simbólicamente agresiva, o bien desencadenando en su pareja una respuesta a sus deseos.

— El papel de la fantasmización precoz, los órganos funcionantes pueden formar parte tanto del mundo propio del niño como confundirse con el mundo exterior. El sistema visceral es el campo en el cual muy precozmente se desarrollan los mecanismos de introyección.

La valoración de un sistema no depende únicamente (y puede incluso no depender en absoluto) de un estado de menor resistencia particular de este sistema; depende de mecanismos que, según la edad, facilitan la expresión por un canal determinado, depende de lo que el canal representa durante la evolución desde el punto de vista simbólico y depende también de lo que se obtiene de los demás cuando se utiliza. Pero esta elección no puede comprenderse únicamente en un plano objetivo; en efecto, debe tenerse en cuenta lo que el niño siente cuando utiliza este canal, cómo se proyecta hacia el exterior. Debe comprenderse también cómo la madre recibe o impone la elección de este canal al niño y cómo uno y otro reaccionan durante su actualización.

Cuanto más libre es la mecánica de funcionar según sus propias leyes biológicas, menos relación existe con la acción del mundo circundante; cuanto más modificada en su actividad está esta mecánica por el mundo exterior, más se crean nuevos "modelos de funcionamiento" que responden a las imposiciones condicionadas por el medio. Incluso si al cabo de algún tiempo este modelo se torna independiente, puede, a pesar de todo, ser reforzado por las actitudes estereotipadas de los padres, creándose así una especie de "caracterología visceral" que, aunque parezca autónoma, es en realidad el resultado de una determinada organización en el tiempo. La descripción que se hace de la personalidad del niño y de la de los padres no es, pues, más que la caricatura estática de una rica dinámica del desarrollo que lleva a síndromes más o menos organizados, más o menos lábiles y más o menos reversibles. Al principio del desarrollo, emoción y vida vegetativa se confunden y su expresión se realiza más o menos libremente, pero cuando aparecen las dificultades, la energía no

puede manifestarse más que a través de determinados sistemas. Sólo más tarde, con la aparición de una motilidad más libre, de una organización sensorial, de una verbalización y con la organización del pensamiento, el sujeto podrá "actuar experimentalmente con pequeñas cantidades de energía" (S. Freud) y el mundo visceral adquirir una cierta independencia. Pero en esta época, cuando las emociones no se manifiestan ni en la acción ni en la verbalización, la expresión del conflicto se hará a través de la vida vegetativa, a través de determinadas afectividades exageradas o anacrónicas. Así, aunque los órganos han tenido un sentido en su expresión en un momento de la evolución, este significado se pierde más tarde; pero durante determinadas fases evolutivas, mediante un proceso de retrogénesis, pueden volver a situarse en un primer plano mediante la vuelta a una somatización.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, H. A. — Some aspects of the psychodynamics of intractable asthma in children. En *The asthmatic child*, 27-38. Edit., 1963 por H. Schneer, Publ. Harper and Row, Nueva York.
- Alarcon, A. G. — *Dyspepsie des nourrissons*. París, Baillière, 1929.
- Alby, J. — Problèmes psychosomatiques posés par l'usage des corticoïdes au long cours chez les allergiques. *Europa med.*, 1963, 2, 157-161.
- Alby, J.-M. — La médecine psychosomatique. Le point de vue du psychiatrie. En *La médecine psychosomatique*, págs. 23-33. Publ. bajo la dir. de H. P. Klotz, Expansion Scientifique Française, París, 1965.
- Alexander, F. — *Psychosomatic Medicine*. W. W. Norton & Co., Nueva York, 1950.
- Alcock, T. — Psychogenic factors. En *Transactions of the World Asthma Conference*. Marzo 1965, 85-89.
- Apley, John y McKeith, R. — *The child and his symptoms. A psychosomatic approach*, pág. 262. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1962.
- Apley, J., y Hale, B. — Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up. *Brit Med. J.*, 1973, 3, 5870, 7-9.
- Aubry, J. — Médecine psychosomatique chez l'enfant du premier âge à l'hôpital. En *La médecine psychosomatique*, pág. 181-208. Publ. bajo la dir. de H. P. Klotz, Expansion Scientifique Française, París, 1965.
- Bekei, M. — *Medicina psicósomática en pediatria*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1965.
- Benedek, T. — Psychosomatic implications of mother-child relationship. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1949, 19, 642-654.
- Benjamin y cols. — En Knapp, P. H., 1963.
- Bille, B. — Migraine in children. *Acta Paediat.*, 1962, 51, suppl. 136.
- Block, J., Harvey, E., Jennigs, P. H., y Simpson, E. — Clinicians' conceptions of the asthmatic mother. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 15, 610-618.
- Bonfils, S. — Quelques données sur la médecine psychosomatique en gastro-entérologie. En *La médecine psychosomatique*, págs. 35-44. Publ. bajo la dir. de H. P. Klotz, Expansion Scientifique Française, París, 1965.
- Bostock, J. — Asthma: a synthesis involving primitive speech, organism and insecurity. *Journ. of Ment. Sc.*, 1956, 102, 559-575.
- Boswell, J. I., Lewis, C. P., Freeman, D. F. y Clark, K. M. — Hyperthyroid children: individual and family dynamics. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 64-85.
- Bourdier, P. — La céphalée de l'enfant ou contribution à l'étude des états prémonitoires de l'enfance. *Rev. franç. Psychanal.*, 1962, 26, 633-654.
- Bram, I. — Thyroid disease in youngsters under age sixteen; comments on a series of 1200 cases. *Arch. Ped.*, 1944, 61, 300-310.
- Brisset, Ch. — Hystérie et pathologie psychosomatique. *Revue du praticien*, 1964, 14/11, 1459-1470.
- Buffum, W. P. — Asthma in infancy. En *Somatic and psychiatric aspects of childhood allergies*, págs. 167-169. Edit. por Ernest Harms, 1963.

- Coddington, R. D. — Study of an infant with gastric fistula and her normal twin. *Psychosom. Med.*, 1968, 30, 172-192.
- Coddington, R. D. — Peptic ulcer in children. *Psychosomatics*, 1968, 9, 38-43.
- Collins-Williams, C. — Gastrointestinal allergy in infancy and childhood. En *Somatic and psychiatric aspects of childhood allergies*, págs. 143-152. Edit. por E. Harms, 1963.
- Cremerius, J. — Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome. *Psyche*, 1957, 11, 125, 139.
- Cruchaud, S. — L'asthme. *Documenta Geigy. Acta clinica*, n. 4, Basilea, 1965.
- Chapman, A. H., Loeb, D. G., y Young, J. B. — A psychosomatic study of five children with duodenal ulcer. *J. Pediat.*, 1956, 48, 248-261.
- Davenport, C. W., Zrull, J. P., Kuhn C. C., y Harrison, S. I. — Cycling vomiting. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1972, 11, 1, 66-87.
- Davidson, M., Bloom, A. y Kugler, M. M. — Chronic ulcerative colitis of childhood. *J. Pediat.*, 1965, 67, 471-490.
- Devroede, G. J., Taylor, W. F., Saner, W. G., Jackman, R. J., y Stickler, G. B. — Cancer risk and life expectancy of children with ulcerative colitis. *New. Engl. J. Med.*, 1971, 285, 17-21.
- Dittrich, J. K., y Schorr, R. — Klinisches Bild und Verlauf der Ulcuskrankheit im Kindesalter. *Ärztliche Wochenschrift*, 1956, 11, 835-840.
- Dunbar, F. — Mind and body: Psychosomatic Medicine. Random House, Nueva York, 1947.
- Fain, M. — La vision et ses affections. En *cyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, 1955, 37470.
- Fain, M. — Véase Kreisler, L. y otros.
- Finch, S. M., y Hess, J. H. — Ulcerative colitis in children. *Amer. J. Psychiat.*, 1962, 118, 819-826.
- Finkelstein, H. — *Säuglingskrankheiten*. Amsterdam. Elsevier, 1938.
- Frankl, L. — The child and his symptom. En *Psychosomatic aspects of paediatrics*, págs. 114-118. Edit. por McKeith R. y Sandler J., Pergamon Press, Oxford, 1961.
- French, T. M. y Alexander, F. — Psychosomatic medicine. Washington, National Health Council, 1941.
- Fries, M. E. y Woolf, P. J. — Some hypotheses on the role of the congenital activity type in personality development. *Psychoanal. Study Child*, 1953, 8, 48-62.
- Gerard, M. — Genesis of psychosomatic symptoms in infancy. En: Deutsch, F.: The psychosomatic concept in Psychoanalysis Int. Univ. Press, Nueva York, 1953.
- Graciansky, P. de. — Dermatologie psychosomatique. En *La médecine psychosomatique*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1965.
- Grinker, R. R. — Psychosomatic research. Norton, Nueva York, 1953.
- Halpern, B., Halpern, G. — Problèmes actuels posés par l'asthme de l'enfant. *Méd. et Hyg.*, 1970, 900, 42-43.
- Harms, E. dir. — *Somatic and psychiatric aspects of childhood allergies* (Intern. Series of Monographs on Child Psychiatry). Pergamon Press, Oxford, 1963.
- Harris, M. C., y Shure, N. — A study of behaviour patterns in asthmatic children. *J. All.*, 1956, 27, 312.
- Heim, P. — Citado por L. Kanner.
- Hennequet, A. — Le problème des crises chez le nouveau-né ou les coliques idiopathiques du premier trimestre. *Concours méd.*, 1959, 81, 521-529.
- Herbert, M. — Personality factors and bronchial asthma: a study of South African Indian Children. *J. Psychosom. Res.*, 1965, 8, 353-364.
- Hess, W. R. — The functional organization of the diencephalon. Grune and Stratton, Nueva York, 1957.
- Hoyt, C. S., y Stickler, G. B. — A study of forty-four children with syndrome of recurrent (cyclic) vomiting. *Pediatrics*, 1960, 25, 775-780.
- Jacquelin, Cl. — Ophtalmologie et psychiatrie. En *Entretiens Psychiatr.*, 1963, 12, 88, 110.
- Jessner, L. — Psychotherapy of children with psychosomatic disorders. En *The practice of psychotherapy with children*. Edit. por M. Hammer y A. Kaplan, Dorsey Press, Homewood, Ill., 1967.
- Juon, M. — *Les pelades psychosomatiques*. Les monographies médicales et scientifiques, Paris, 1966.
- Kanner, L. — Psychosomatic problems, páginas 373-421. En *Child Psychiatry*, 3.^a ed., Ch. Thomas, Springfield, Ill., 1960.
- Kennedy. — Citado por Boswell y cols.
- Klotz, H. P. — La Médecine psychosomatique. Le point de vue du somaticien. En *La médecine psychosomatique*, págs. 7-22. Publ. bajo la dir. de H. P. Klotz, Expansion Scientifique Française, Paris, 1965.

- Kluger, J. M. — Childhood asthma and the social milieu. *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 1969, 8/2, 353-366.
- Knapp, P. H. — The asthmatic child and the psychosomatic problem of asthma: toward a general theory. En *The asthmatic child*, págs. 234-255. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper and Row, 1963.
- Koupernik, C. — Psychosomatique en pédiatrie. En *La Médecine Psychosomatique*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1965, págs. 189-208.
- Kourilsky, R. — Interférences entre manifestations psychologiques et phénomènes allergiques. Preuves expérimentales, 11-24. En *Psychologie et allergie*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1970.
- Krakowski, A. J. — Psychophysiologic gastrointestinal disorders in children. *Psychosomatics*, 1967, 8 326-330.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des troubles fonctionnels du nourrisson: coliques idiopathiques du premier trimestre, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissement. *Psychiat. Enfant*, 1966, 9, 89-222.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. — La clinique psychosomatique de l'enfant. Les états frontières dans la nosologie. *Psychiat. Enfant*, 1967, 10, 157-198.
- Krupp, G. R., y Friedman, A. P. — Migraine in children. *Am. J. Dis. Child.*, 1953, 85, 146-150.
- Kubie, L. S. — The problem of specificity in the psychosomatic process. En: The psychosomatic concept in psychoanalysis. Ed F. Deutsch, Intern. Univ. Press, Nueva York, 1953.
- Lamont, J. H. — Which children outgrow asthma and which do not? En *The asthmatic child*, págs. 16-26. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper y Row, 1963.
- Laplane, R. y Laplane, D. — Perspectives psychosomatiques en pédiatrie. *Congrès Pédiat. lang. française*, 1955, Expansion Scientifique française, edit.
- Lassrich, M. A., Lenz W. y Schäfer, K. H. — Ulkusleiden im Schulkindesalter. *Dtsch. med. Wschr.*, 1955, 80, 1337-1351.
- Levine, M. I., y Bell, A. — The treatment of colic in infancy by use of a pacifier. *J. Pediat.*, 1950, 37, 750-755.
- L'Hirondel, J., Guihard, J., Coquerel, G., y Signoret, N. — La maladie migraineuse de l'enfant. *Ann. Pédiat.*, 1971, 18, 10, 617-624.
- Lieberman, M. y Litton, E. — Asthma in identical twins. En *The asthmatic Child*. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper y Row, 1963.
- Lipton, E. L., Steinschneider, A., y Richmond, J. P. — Psychophysiological disorders in children. En *Review of child development research*, vol. 2. Hoffman L. W., y Hoffman, M., dirs., Russell Sage Foundation, Nueva York, 1966.
- Long, R. T., Lamot, J. H., Whipple, B., Bandler, L., Blom, G. E., Burgin, L. y Jessner, L. — A psychosomatic study of allergic and emotional factors in children with asthma. *Amer. J. Psychiat.*, 1958, 114, 890-899.
- Loras, O. — *L'asthme, angoisse du souffle. Conception nouvelle et guérison psychothérapique*. Lyon, Librairie du Rhône, 1961.
- Marty, P. — Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. *Rev. franç. Psychanal.*, 1951, 15, 216-252.
- Marty, P., M'Uzan, M. de y David, Ch. — *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., Paris, 1963.
- Matera, C. B. de. — Trastornos emocionales del aparato respiratorio, págs. 174-184. En *Reca, T., Problemas psicopatológicos en Pediatría*. Eudeba Edit. Univ. de Buenos Aires, 1961.
- Mayer, R. — Le cefalee nell'eta evolutiva. *Infanzia anormale*, 1964, 60, 703-723.
- McGovern, J., Haywood, T. y Hsi Chao, D., Knight, J. — Headaches in children: classification. *Headache*, oct. 1961, 11-17.
- McKeith, R., y Sandler, J. (edit). — *Psychosomatic aspects of paediatrics*. Pergamon Press, Oxford, 1961.
- Mehlman, R. D., y Griesemer, R. D. — Alopecia arcata in the very young. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 125, 605-614.
- Michal-Smith, H. — Psychological aspects of the allergic child. En *Somatic and psychiatric aspects of childhood allergies*, págs. 49-74. Edit. por E. Harms, Pergamon Press, 1963.
- Michener, W. M. — Ulcerative colitis in children: Problems of management. *Pediat. Clin. North. Amer.*, 1967, 14, 159-174.
- Millar, T. P. — Peptic ulcers in children. *Canad. psychiat. Ass. J.*, 1965, 10, 43-50.
- Millar, T. P. — Peptic ulcers in children, 471-493. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., dir., Oliver and Boyd, Edimburgo, 1969.

- Miller, H. y Baruch, D. — Psychological dynamics in allergic patients as shown in individual and group psychotherapy. *J. Consult. Psych.*, 1948, 12, 111.
- Millichap, J. C., Lombroso, C. T., y Lennox, W. G. — Cycling vomiting as a form of epilepsy in children. *Pediatrics*, 1955, 15, 705.
- Mirsky, I. A. — The psychosomatic approach to the etiology of clinical disorders. *Psychosom. Med.*, 1957, 19, 424.
- Mittelman, B. — Briefer psychotherapy in psychosomatic disorders of children and adolescents. *Nerv. Child*, 1950, 8, 291-300.
- Mohr, G. J., Senick, S. y Augenbraun, B. — Family dynamics in early childhood asthma: some mental health considerations. En *The asthmatic child*, págs. 103-117. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper and Row, 1963.
- Money, J. — Psychologic aspects of endocrine and genetic disease in children. En *Endocrine and genetic diseases of childhood*. Edit. por Lytt e I. Gardner, W. B. Saunders, Filadelfia, 1969.
- Monsour, K. J. — Asthma and the fear of death. *Psychoanal. Quart.*, 1960, 29, 56-71.
- Montagu, M. F. A. (1953). — Citado por R. Spitz. En *De la naissance à la parole*. P.U.F., 1968.
- Mountinho, H., Dos Santos, J. — Méthodes psychopédagogiques d'observation et de traitement des strabiques et amblyopes. *Réunion préparatoire du Congrès mondial de Strabologie*, Nancy, mayo 1966, dactil.
- M'Uzan, M. de y David, Ch. — Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique. *Rev. franç. Psychanal.*, 1960, 24, 19-39.
- Neuhaus, E. C. — Personality study of asthmatic and cardiac children. *Psychosom. Med.*, 1958, 20/3, 181.
- Nitsch, K. — Ulcus ventriculi und duodeni im Kindesalter. *Dtsch. med. Wschr.*, 1962, 87, 1281.
- Peshkin, M. M. — Diagnosis of asthma in children: past and present. En *The asthmatic child*, págs. 1-15. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper and Row, 1963.
- Pinkerton, P. — The psychosomatic approach in child psychiatry. En *Modern perspectives in child psychiatry*, págs. 306-335. Edit. por J. H. Howells, Oliver & Boyd, Londres.
- Prugh, D. G. — Influence of emotional factors on clinical course of ulcerative colitis in children. *Gastroenterology*, 1951, 18, 339-354.
- Prugh, D. G., y Jordan, K. — The management of ulcerative colitis in childhood, 494-530. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J. G., dir., Oliver y Boyd, Edimburgo, 1969.
- Purcell, K. y Metz, J. R. — Distinctions between subgroups of asthmatic children: some parent attitude variables related to age of onset of asthma. *J. Psychosom. Res.*, 1962, 6, 251-258.
- Reed, J. W. — Emotional factors in bronchial asthma. *Psychosomatics*, 1962, 3, 57-66.
- Rees, L. — The importance of psychological, allergic and infective factors in childhood asthma. *J. Psychosom. Res.*, 1964, 7, 253-262.
- Ribble, M. A. — Clinical studies of instinctive reactions in newborn babies. *Amer. J. Psychiat.*, 1938, 95.
- Richmond, J. B., y otros. — Observations on differences in autonomic nervous system function between and within individuals during early infancy. *J. Child Psychiat.*, 1962, 1/1, 83-91.
- Rof Carballo, J. — Patología psicósomática. Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- Rogerson, C. H., Hardcastle, D. H. y Duguid, K. — A psychological approach to the problem of asthma and the asthmatic-prurigo syndrome. *Guy's Hosp. Rep.*, 1935, 85/15, 289.
- Rosenthal, M. J. — A psychodynamic study of infantile eczema. I. The mother-child relationship. *Pediatrics*, 1952, 10, 581-591.
- Saul, L., y Delano, J. G. — Psychopathology and psychotherapy in the allergies of children. A review of recent literature. En *Somatic and psychiatric aspects of childhood allergies*, págs. 1-24. Edit. por Ernest Harms.
- Schneer, H. I. (edit. por). — *The asthmatic child*, Nueva York, Harper and Row, 1963.
- Schneider, P. B. — Remarques sur les rapports de la psychanalyse avec la médecine psychosomatique. *Rev. franç. Psychanal.*, 1968, 32, 645-672.
- Schook, J. E. C. — Treatment of the asthmatic child. *A Criança Portuguesa*, Lisboa, 1961-1962, 20, 105-114.
- Schur, M. — Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal. study child*, 1955, 10, 119-164.
- Schwidder, W. — Psychosomatique et psychothérapie des troubles fonctionnels et affections des voies digestives. *Documenta Geigy, Acta psychosomatica*, n.º 7, Basilea, 1966.

- Selye, H. — Stress. Acta Inc., Montreal, 1950.
- Shirley, H. F. — The child with a psychophysiological disorder, págs. 538-578. En *Pediatric Psychiatry*. Harvard Univ. Press, Mass. 1963.
- Sontag, L. W. — The genetics of differences in psychosomatic patterns in childhood. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1950, 20, 479-489.
- Sontag, L. W. — Psychosomatics and somatopsychics from birth to 3 years. *Modern Probl. Pediat.*, 1962, 7, 139-156.
- Soule, M. — Véase Kreisler, L. y cols.
- Soulé, M. y Sakellariopoulos, P. — Étude statistique simple des relations affectives de la mère et de son enfant asthmatique. *Rev. franç. Psychanal.*, 1959, 23/6.
- Sperling, M. — Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children. *Psychoanal. Quart.*, 1946, 15, 302.
- Sperling, M. — The role of the mother in psychosomatic disorders in children. *Psychosomatic medicine*, 1949, 11, 377-385.
- Sperling, M. — A psychoanalytic study of bronchial asthma in children. En *The asthmatic child*, págs. 138-165. Edit. por H. I. Schneer, Nueva York, Harper and Row, 1963.
- Sperling, M. — Asthma in children. An evaluation of concepts and therapies. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7, 44-58.
- Sperling, M. — Trichotillomania, trichophagy, and cyclic vomiting. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1968, 49, 682-690.
- Sperling, M. — Ulcerative colitis children. *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1969, 8, 336-352.
- Sperling, O. E. — The balancing function of the ego — with special emphasis on learning. En XXIIIth International Psychoanalytical Congress, Estocolmo, 1963. *Excerpta medica International congress series*, n.º 68.
- Spitz, R. A. — Psychogenic diseases in infancy. An attempt at their etiologic classification. *Psychoanal. Study Child*, 1951, 6, 255-275.
- Spitz, R. A. — *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.
- Stone, H. M. — Psychological facts in infantile eczema. *Amer. J. Nursing*, 1953, 53, 449.
- Stucki, J. D. — Tendances récentes en psychosomatique infantile. *Méd. et Hyg.*, 1963, 21, 459-462.
- Sundby, H. S. — Ulcerative colitis in children. A follow-up study with special reference to psychosomatic aspects. *Acta Psychiat. Scand.*, 1967, 43, 410-423.
- Taboroff, L. H., Brown, W. H. — A study of the personality patterns of children and adolescents with peptic ulcer syndrome. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1954, 24, 602-609.
- Trelat, J. — Sur la psychogenèse de l'asthme infantile. *Concours Méd.*, 1959, 3501-3504.
- Vahlquist, B. — La migraine de l'enfant. *Triangle*, abril 1961, 5/1.
- Vahlquist, B. y Hackzell, G. — Migraine of early onset. *Acta Paediat.*, 1949, 38, 622-636.
- Valabrega, J. P. — *Les théories psychosomatiques*. P.U.F., Paris, 1954.
- Williams, D. H. — Management of atopic dermatitis in children. Control of the maternal rejection factor. *Arch. Dermatol. Syphilology*, 1951, 63, 545-560.
- Winnicott, D. W. — Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *Int. J. Psychoanal.*, 1966, 47, 510-516.
- Widsom, J. O. — The child and his symptoms: theories of psychosomatic disorder. En *Psychosomatic aspects of paediatrics*, págs. 103-110. Edit. por McKeith R., Sandler J. Pergamon Press, Oxford, 1961.
- Wittkower, E. D. — News of the society. Twenty years of North American psychosomatic medicine. *Psychosomatic Med.*, 1960, 22, 308-319.
- Wittkower, E. D. — Progrès récents en médecine psychosomatique. *Rev. Méd. psychosom.*, 1965, 7, 345-364.
- Wolf, S., Wolff, H. G. — *Human Gastric Function*. Univ. Press, Oxford, Londres, 1943.
- Wolff, H. — Stress and disease. Springfield, Ill., Thomas, 1953.
- Wolff, R. — La médecine psychosomatique dans les maladies allergiques. En *La médecine psychosomatique*, págs. 133-146. Publ. bajo la dir. de H. P. Klotz, Expansion Scientifique Française, Paris, 1965.
- Wood, J. L., Hardy, L. M., y White, H. — Chronic vague abdominal pain in children. *Pediat. Clin. North America*, mayo 1955, págs. 465-481.
- Zylberszac, Fr. — Recherche d'une meilleure compréhension des problèmes psychologiques posés par l'enfant asthmatique. Étude clinique de 53 cas. *Psychiat. Infant.*, 1972, 15, 1, 149-200.
- Les troubles psychosomatiques. 13.º rapport du Comité O.M.S. d'experts de Santé Mentale, n.º 275, 1964.

EL NIÑO Y SU FAMILIA

Cuando se trata del "marco familiar", se acostumbra a hacer una referencia implícita a la familia occidental o, precisando más, a la familia nuclear: el padre, la madre y los hijos. Es corriente hablar del padre y de la madre como si cada uno tuviera un rol universal equivalente. Ahora bien, sabemos positivamente que el marco familiar y sus factores están íntimamente ligados a las estructuras de una determinada sociedad en un momento dado, pudiendo ser patriarcales, matriarcales o sencillamente diferentes y no obligatoriamente malos porque no respondan a los cánones occidentales. E incluso habría que precisar el calificativo "occidental". ¿Qué tienen en común el marco familiar de los niños mediterráneos y el de los niños del Norte de Francia o sencillamente el marco familiar del niño del campo y el del niño de la gran ciudad, por ejemplo? Además, se ha hablado muchas veces de la relación madre-niño (buena o mala) sin ninguna referencia a su entorno y especialmente el rol del padre del niño, esposo de la madre. Añadamos que la familia occidental nuclear clásica está actualmente en plena mutación.

Debemos comprender lo que sigue teniendo en cuenta estas restricciones. Arbitrariamente, tratemos de considerar los roles de los diferentes miembros de la situación triangular.

Según las investigaciones de K. Abraham y de Mélanie Klein, el niño reacciona ya en una época precoz con angustia y hostilidad frente a su madre porque ésta no puede satisfacer a todos sus deseos instintivos incluso si le da todo lo que le es posible.

Según D. W. Winnicott, en la preocupación materna primaria, es necesario que la madre sea capaz de llegar a un estadio de hipersensibilidad, casi una enfermedad, para comprender a su bebé. Concede un valor especial a los cuidados maternos, al *holding* (traducible por "conservación" o "mantenimiento") que protege al niño de los riesgos psicológicos, tiene en cuenta la sensibilidad, comprende toda la rutina de los cuidados diurnos y nocturnos así como la adaptación a los cambios debidos al crecimiento y desarrollo. Sin embargo, D. W. Winnicott piensa que "la necesidad de un buen entorno (absoluto al principio) se convierte rápidamente en relativa. La madre ordinaria es suficientemente buena. Si lo es, el bebé llega a ser capaz de paliar las deficiencias de la madre, a través de su actividad mental. Ésta transforma un entorno bastante bueno en un entorno perfecto, es decir transforma una falta relativa de adaptación en una adaptación lograda. La facultad de comprensión del niño permite a la madre no ser del todo perfecta". Para dicho autor, la satisfacción puede aniquilar el objeto en la medida en que mata al deseo, constituyendo la razón de que los recién nacidos no estén siempre felices y contentos, contrariamente a lo que se piensa por regla general después de una comida que los ha satisfecho. La madre

debe saber responder intuitivamente a todas las necesidades de su niño al venir al mundo, pero debe aprender asimismo a despegarse, a responder menos a sus necesidades para no satisfacerlo demasiado y permitir la constitución y funcionamiento del *self*.

En la familia nuclear "clásica", la *madre* o su sustituto se presenta como un "alimento" absolutamente indispensable para el niño. La madre "normal" es la madre que acepta al niño como fruto de la naturaleza; lo alimentará para que se desarrolle, dependerá de él en la época en que tenga necesidad de esta dependencia y preparará ulteriormente su independencia para que procrea a su vez. El niño constituye todo su ser a sabiendas de que es fruto de la independencia que ella misma adquirió; asimismo constituye su alegría y placer de los que ella es, al mismo tiempo, el arquitecto, y siente que su oblatividad adquiere todo el sentido en la construcción.

Muchas veces se habla de la relación madre-niño como si el bebé reconociera la madre como tal. En realidad, el bebé es manejado por un sujeto portador de un deber tradicional y de una ritualización de la actividad mediante la cual contribuye a la subsistencia del niño. Pero esta actividad, mecánica a veces, no está nunca despegada de una comunicación protopática y de una empatía en las que el niño descubrirá el objeto de los cuidados y la madre se abrirá a sus propios sentimientos. Estas relaciones son complejas en los primeros días de vida. El que es objeto de cuidados puede sentirse o no satisfecho, la que los prodiga puede encontrarse a sí misma en el afecto, yendo en búsqueda de lo que se llama amor maternal. A veces este descubrimiento es inmediato aunque pueda ser dificultado por el temor de hacerlo mal, no sabiendo aún la madre reconocer el lenguaje implícito del niño. Pero a menudo, apoyándose en su fe y en las respuestas del niño, la madre va a entablar un diálogo en el que el amor se expresará en forma de un diálogo tónico y de una erotización de la relación, de la que disfrutan el niño y la madre. A veces el descubrimiento es más tardío; el niño es el ser activo y creador del amor maternal por lo que aporta a la madre y por las satisfacciones que manifiesta. Esta carne viviente que se ofrece se convierte verdaderamente en el fruto de su carne. Es difícil definir la noción de niño deseado o no deseado porque, a veces, el no-deseo puede deberse a un temor de no-poder, de ser una mala madre, pudiendo responder a la denegación inconsciente del no-deseo el niño pensado deseado. La hora de la verdad es aquella en que se confunden el niño que pide y la madre que encuentra en su respuesta las necesidades inconscientes de dar y de recibir. En este encuentro se descubrirá madre y mujer, realizándose la transformación de un acto de naturaleza en un acto de amor.

La importancia atribuida a la relación madre-niño en el transcurso de los primeros años hizo que el rol del *padre* haya sido minimizado a menudo en el marco familiar. Si en el curso del primer año la presencia de la madre o de la figura maternal es absolutamente indispensable para la formación de las primeras percepciones, punto fijo que se separa del entorno, a partir del segundo año el padre aporta un principio de realidad y de pluralidad indispensable. Es probable que esto no ocurra sin conflicto porque la maduración perceptiva permite al niño comprobar que no es el único en cuidados maternos y que la madre se ocupa de otros como de él; por esto el padre se convierte en un rival aunque el niño pueda, no obstante, encontrar una recompensa en el amor que le demuestra el padre. Si se admite que hay un cariño preferencial de la niña a su padre y del niño a su madre, manifestándose claramente en la época edipiana, no es menos cierto que existen modificaciones importantes en el modo de relación triangular, antes de los 5 años de edad. El padre no actúa sólo a través de su acción directa sobre el niño, es también un punto de referencia en la atmósfera familiar.

Para E. W. Winnicott, el padre es necesario en la casa: 1) al principio, para ayudar a la madre a sentirse bien en su cuerpo y feliz en espíritu; 2) luego para sostenerla con su autoridad, para ser la encarnación de la ley y el orden que la madre introduce en la vida del niño, a fin de no ser ella sola a dispensar al mismo tiempo el amor y la fuerza; 3) en fin, el padre es necesario para el niño a causa de sus cualidades positivas que lo diferencian de los otros hombres.

Según J. Laplanche, hay que tener en cuenta "la intervención del padre como ley, como elemento regulador que introduce una cierta medida y hace soportable la relación primitiva a la madre."

Muchos trabajos sobre el padre le confieren como deber: protección, saber, autoridad, virilidad... todas las cosas implicadas en el rol que le atribuye la sociedad, cuando no lo considera como ausente por lo menos durante los primeros años, haciéndole desempeñar un rol en el curso edipiano. Se tiene la impresión de que el padre no tiene derecho a tener amor. A fuerza de aceptar como un hecho evidente el amor maternal e idealizarlo, no se insiste lo suficiente en el amor paternal, directo y sin intermediario, aportado por otras manos que no son las de la madre, pues sabemos que las caricias del hombre, aunque más rudas, son a veces gratificantes y que las mujeres no siempre tienen las uñas cortas. Figura presente, diferente a la de la madre, que aparece a horas más o menos fijas, que aporta otras y diferentes gratificaciones, figura esperada, por estar a menudo ausente, también tranquilizadora por intervenir menos en la satisfacción de necesidades cuya exigencias sólo pueden ser satisfechas por la madre.

Como dicen J.-P. Bauer y cols., cuando la madre no trabaja, el padre constituye el lazo con el mundo y lo social en general, perfilándose detrás de él la realidad extra familiar. Aunque sólo sea por este rol, al lado de otros mecanismos más complejos, el padre puede convertirse en el ideal del Yo del niño, rol difícil por comportar en determinada época de su desarrollo prohibiciones (según S. Freud "todo se desarrolla como si lo principal del éxito consistiera en ir más lejos que el padre y como el sobrepasar al padre estuviera siempre prohibido") y rebelarse tal como se deduce de un sueño referido por S. Freud: "Es ridículo estar orgulloso de sus antepasados. Prefiero ser yo mismo un antepasado, un abuelo". Es evidente que el rol del padre es difícil porque representa al mismo tiempo para el niño un rival con relación a la madre y un otro Sí-mismo; sin embargo, puede ser objeto de amor, pues amor y celos no son contradictorios.

El desarrollo del Yo y del Superyo está íntimamente ligado a las relaciones afectivas con los padres. A. Hesnard admite que los padres ejercen sobre el niño, a menudo a espaldas de él, una doble influencia: una influencia estructurante sobre su conducta, en conformidad con el sexo biológico (estructurante en el doble sentido formativo del carácter y normativo o creador de la primera moral), y una influencia afectiva que se traduce en el aprendizaje del amor. Para D. W. Winnicott, la *unión del padre y de la madre* proporciona al niño un hecho sólido alrededor del cual puede construir un fantasma, una roca a la que puede agarrarse y contra la que puede dar golpes. Proporciona, además, una parte de los fundamentos naturales para una solución personal del problema de las relaciones triangulares.

En el cuadro de la situación triangular se habla casi siempre de las aportaciones de los padres a los niños y no lo suficiente de lo que los niños aportan a los padres. En virtud del nacimiento de otro sí-mismo, el progenitor es realmente modificado y renace sin cesar en el otro él-mismo que es el niño que forma. Por el juego de las identificaciones el progenitor es a menudo él-mismo, y lo que los padres ofrecen a sus hijos no es sólo lo que ellos eran sino también el reflejo de lo que han llegado a ser a través del hijo.

El niño se forma a través de procesos identificatorios. Es difícil hablar de identificación en el curso del período simbiótico; pero durante el período de individuación, el niño intenta hacer la partición entre lo que representa el padre y lo que representa la madre en función de lo que uno y otro le ofrecen y según su respectivo rol. No le es fácil al niño identificarse claramente con uno u otro de los padres pues si se mostró, con toda la razón, en la relación con la madre una cierta ambivalencia (la madre es a la vez buena y mala), ocurre lo mismo con el padre incluso de manera más confusa; es el padre que da o rehúsa, y también el que recibe amor de la madre. Habida cuenta de las actuales modificaciones sociales, la distinción de los roles ya no está tan clara.

Tradicionalmente, el niño se identifica desde muy pequeño con el padre y esta identificación estructurante y normativa hace de él, en condiciones familiares normales, un hombre a la imagen del modelo paterno; lo que le aporta la madre es esencialmente el aprendizaje del amor. El modelo femenino materno le permitirá la adquisición de la feminidad. Al transformar muy pronto su identificación con el padre en amor sentimental mezclado de admiración y ternura, la madre aprenderá de él el amor en general y en particular la aceptación de su rol sexual en la pareja. Partiendo de este hecho pueden describirse determinadas variedades de parejas intrafamiliares y en especial: madre-hijo, madre-hija, padre-hijo, padre-hija. La pareja madre-hijo representa el caso de la situación edipiana, es decir de una situación triangular. La verdadera pareja salida de esta situación sería la pareja padre-hijo, según A. Hesnard. En este caso el vínculo infantil con el padre, indispensable al niño y útil al adolescente de cara al aprendizaje de la vida, se transforma progresivamente debilitándose y acabando en una camaradería diferente y confiada. En la pareja padre-hija, el padre, incluso el autoritario y dominador, tiene frecuentemente hacia su hija una relativa indulgencia, atenuante de su posesión sentimental mediante la ternura velada. En la pareja madre-hija puede haber comunión o competencia.

I. — EL GRUPO PADRES-NIÑO

La noción del grupo padres-hijos es una manera más sencilla de abordar el problema de un caso restrictivo de relación sin olvidar, no obstante, que esta relación forma parte integrante de la comunidad (en el amplio sentido del término) cuyas reglas son hereditarias.

I. — DISCUSIÓN DE LA NOCIÓN DE PADRES PATÓGENOS

Pueden describirse varios tipos de *padres patógenos*. R. Láforgue y J. Leuba, han tratado las *madres patógenas* y que N. Porot llama las "madres abusivas".

— La madre virago que desviriliza a su hijo por sus excesivas exigencias, es una mujer que no ha aceptado su feminidad, que se muestra agresiva con el hombre, que es feminista por odio y por placer, sufragista por los derechos de la mujer y no de la igualdad de derechos en la pareja; este tipo de mujeres se casa frecuentemente con hombres débiles o debilita a los hombres más o menos fuertes y, al mismo tiempo, hace tambalear el grupo familiar.

— La madre escrupulosa en exceso, ansiosa, que no sabe cómo actuar con sus hijos; madre perfeccionista que encuentra en determinados rituales una manera de resolver la forma de la rela-

ción afectiva con el niño; mujeres asépticas, hiperordenadas, que quieren a su hijo a través de las reglas rígidas que las tranquilizan.

— La madre para quien el niño es, bien objeto de satisfacciones que ella no ha encontrado en otra parte, bien objeto inconsciente de chantaje con los demás, o bien objeto que representa la transfiguración de un amor no experimentado profundamente pero racionalizado bajo la forma del deber. Se puede citar también:

— Madres cuyo odio es manifiesto: se trata de las "contramadres" de H. Bazin, "cuyos senos son ácidos". Son, con frecuencia, mujeres que no han aceptado el alumbramiento o que se decepcionaron por la llegada de un hijo que no era del sexo esperado. El odio de la madre desencadena de rechazo el odio y, a menudo, la rebeldía en el niño.

Recientemente se han delimitado los diversos tipos de *padres patógenos* tal como ya se había hecho respecto a las madres; se han descrito los siguientes:

— El padre ausente: dimisión del papel del padre que entraña alteraciones por defecto de autoridad (L. Michaux, J. Sutter), tesis que nos parece discutible porque autoridad no quiere decir necesariamente presencia y mucho menos presencia calurosa y tranquilizadora. Un padre puede desaparecer, bien porque la madre esté demasiado presente o porque se sienta incapaz de tomar responsabilidades. En ambos casos el niño no se siente seguro.

— El padre rígido: la rigidez del padre se caracteriza por un hipermoralismo, un exagerado sentido del deber, un dominio en minutos del horario cotidiano. Estos padres quieren que sus hijos sean como ellos o mejores que ellos, que lleguen hasta donde ellos no pudieron llegar.

— El padre cruel: la crueldad y el odio son más frecuentes en el padre que en la madre. Ambos se caracterizan por un exceso de autoridad, por imposiciones arbitrarias, por la crueldad moral.

H. Flavigny piensa si no es la mayor o menor gran carencia del padre lo que va a modular el grado de influencia o de resonancia sobre el niño de una madre más o menos patógena.

Pero al lado del autoritarismo intolerante y de la violencia, escribe G. Mauco, al lado de la renuncia y la abdicación, hay una conducta paterna menos aparente pero también perturbadora y sofocante: el paternalismo. Al igual que el maternalismo, oculta su autoritarismo bajo una apariencia de amor vigilante.

Hay padres que rechazan y padres que superprotegen. Muchos autores se han asomado al problema que plantean ambas actitudes. P. Osterrieth observa una similitud compuesta por un haz de rasgos comunes entre los "rechazados" y los "superprotegidos", ya señalada por otros y que él resume así: egocentrismo e incapacidad para despegarse de sí mismo; huida del contacto con la realidad y tendencia a refugiarse en la ensoñación y lo imaginario; dificultades en el contacto con los semejantes; pasividad, falta de iniciativa e incapacidad para defenderse; sentimiento de inferioridad y no-valía; dependencia y propensión a "seguir siendo pequeño"; falta de interés por el futuro.

Hubo una época en que la autoridad paterna era aparentemente aceptada por no decir reconocida.

P. Osterrieth afirmaba en 1958 que lo característico de nuestro tiempo consiste en que el niño aparece hoy como un compañero del adulto y no como el objeto de sus cuidados o de sus afanes educativos, y en la tendencia a aceptarlo a la vez como niño y como individuo.

Desde 1963, una copiosa literatura (M. Mitscherlich, 1963; G. Mendel, 1969; A. Stephane, 1969; S. Lebovici y R. Crémieux, 1970) presta atención a la agravación de las dificultades de identificación con el padre. Para S. Lebovici y R. Crémieux es la identificación primaria la que triunfa. Ya no se dice: "El hijo se parece al padre", sino "el padre tiene el mismo carácter que el hijo". A. Stephane (1969) caracteriza esta situación por la evitación recíproca del conflicto de las generaciones (véase caps., III y XXV). Para M. Mitscherlich, el padre constituye un engranaje anónimo en nuestra tecnificada sociedad, sin posibilidad de organizar el ideal del Yo.

S. Lebovici y M. Soulé observan que todos estos autores están de acuerdo en constatar que la culpabilidad falta, pero que la depresión de culpabilidad conduce a la exaltación de un ideal del Yo artificial y desconflictualizado.

Puede que las anteriores descripciones hayan sido útiles a veces, pero no suficientes para explicar una desorganización infantil. Si queremos comprender la relación exis-

tente entre las motivaciones inconscientes de los padres o su conducta aparente y las dificultades de orden emotivo del niño, tenemos que analizar con mayor profundidad la organización del conjunto del microgrupo que representa la familia y no solamente con relación a los padres, pues comporta todo un sistema de relaciones interdependientes y no basta con conocer las relaciones parciales de determinadas personalidades de este grupo para comprender el problema de su complejidad.

Es necesario saber que (aparte del rechazo materno en el plano de lo real) existe también un rechazo materno en el plano de lo imaginario. En efecto, el niño puede sentir a la madre como rechazante en razón de atributos personales de los que ella no es responsable, con motivo del modo de relación madre-hijo en la que el rechazo puede ser una manifestación del inconsciente de la madre o un sentimiento inconsciente del niño, o debido a que el niño expresa ciertas frustraciones en forma de rechazo. Como siempre existen frustraciones en el curso de la relación madre-hijo, siempre hay en un momento dado, en lo real o lo imaginario, un sentimiento de rechazo en el niño. Hay que tener en cuenta estos hechos cuando se utiliza la noción de madre rechazante.

No hay ninguna duda de que (M. Rutter, 1971) los conocimientos y concepciones erróneas, así como los mitos sobre los efectos de los diferentes modelos de criar a los niños son legión; generaciones de médicos, psicólogos, enfermos y educadores pontificaron sobre lo que los padres necesitan saber para educar a sus hijos de manera que lleguen a ser adultos con buena salud y bien adaptados. Para M. Rutter, los resultados de las investigaciones no pudieron mostrar ningún efecto significativo proveniente de modelos de alimentación, destete, aprendizaje esfinteriano, siendo las consecuencias de los diferentes *pattern* de disciplina extraordinariamente débiles.

Es imposible definir la madre y el padre ideal. Los mejores padres son los que conservan su espontaneidad intuitiva, sienten las necesidades del niño y dan las respuestas adecuadas. No son obligatoriamente permisivos *a priori*, tampoco rígidos, pero aseguran una cierta continuidad y son siempre, sin fastidio, receptivos a las demandas. Saben mantener una cierta distancia delante de una posición crítica, psicológicamente normal, de un niño *determinado*, en una *época determinada*.

Tenemos que reconocer que si aún existen padres así, tienen mucho mérito porque la toma de posición de los "técnicos" en la materia, tanto en la literatura especializada como en las obras de vulgarización, sobre todo en los dos primeros decenios de la segunda mitad de nuestro siglo, no les habrá facilitado la tarea. Asimismo tenemos que reconocer que la actitud culpabilizadora y agresiva (frisando a menudo en el juicio moral) para con los padres y sobre todo para con las madres, víctimas propiciatorias, ha sido sin lugar a dudas muy nefasta. Ni que decir tiene que no negamos la existencia de problemas, pero las situaciones extremas no pueden tener el valor de generalidad.

La imagen de los padres tal como nosotros los vemos no corresponde forzosamente a lo que los niños experimentan en el curso de la interrelación. Además, la descripción hecha por el niño puede ser la consecuencia de una ambivalencia, sirviéndole para ocultar conflictos internos que le han llegado a ser propios; utiliza imágenes distorsionadas de los padres para salir de sus contradicciones personales. Podemos ayudar a que los padres comprendan esta ambivalencia. El odio expresado por el niño no quiere decir que los padres sean necesariamente "odiables", como tampoco el asentimiento del niño frente a actitudes rígidas significa que los padres sean "amables".

Sea lo que sea, el hecho de que los padres hayan podido vivir las actitudes o comentarios del terapeuta de su hijo como peyorativos respecto a ellos es altamente

perjudicial. En la práctica, por otra parte, los fracasos que algunos de dichos técnicos experimentaron en su rol de padres constituyen por lo menos la prueba de lo injusto de estos juicios tan cierto como que la crítica es fácil y el arte difícil.

Si S. Freud pudo afirmar que hagan lo que hagan los padres, lo hacen mal: demasiado o no lo suficiente, E. Bergler escribió: "Lo peor que pueden hacer los padres neuróticos es obligar al niño a crear defensas inconscientes específicas y temporales, mientras que los mejores padres normales no pueden impedir malentendidos infantiles específicos". "El hecho de que el niño perpetúe o renuncie al malentendido o las defensas improvisadas depende de su personal elaboración inconsciente".

A. Dührssen concede una importancia muy grande a los deseos y esperanzas de los padres con relación a sus hijos. A este respecto, su actitud será completamente diferente según que el niño haya nacido deseado por ambos padres, por uno de los dos solamente, contra la voluntad de ambos o de uno de los dos, y según la actitud del resto de la familia para con él y con relación a los niños de la parentela. Las esperanzas de los padres pueden verse frustradas por el sexo del niño que no corresponde al deseado, por su aspecto físico, por sus dotes intelectuales o la cualidad de sus aptitudes (manuales y no intelectuales, p. ej.), o incluso por el ritmo personal del niño que no corresponde al tiempo de uno u otro de los padres. Los padres pueden tener afección o antipatía particular hacia uno de los hijos; en este caso es importante saber si el amado o rechazado lo es por el más débil o por el dominante de los padres. El favorito del progenitor más débil tendrá un porvenir completamente diferente al de los otros hermanos y hermanas preferidos por el dominante.

En su estudio sobre la actitud de 165 mujeres con respecto al nacimiento de un niño y en su apreciación de la morbosidad psiquiátrica en Suecia, A. Nilsson (1970) se sorprende por el elevado número de embarazos no planificados (57,3%) y no deseados (39,4%); observa relaciones entre embarazo no deseado y embarazo resentido como un handicap seis meses después del nacimiento del niño, así como la presencia de síntomas psiquiátricos durante el embarazo y el período posparto. Sin embargo, seis meses después del nacimiento, el 73,3% de las mujeres en cuestión consideraban el embarazo como un acontecimiento positivo y "feliz".

Señalemos que en un estudio de J. R. Wolff y cols., el 80% de las mujeres con un hijo nacido muerto tomaron la decisión de tener un nuevo embarazo inmediatamente después.

Aparte del posible amor hacia su hijo, cualquier padre tiene un determinado ideal de niño que a menudo corresponde a un modelo social concreto, a un modelo personal dichoso o a un ideal de sí-mismo que quisiera vivir en el hijo, por no haber podido realizarlo él mismo. Aunque sea humano desear un futuro feliz para su hijo, siempre hay que temer que un modelo estático de niño ideal se convierta en una regla que impida el completo desarrollo específico de cada uno.

Como dice A. Dührssen, toda familia tiene una historia y es necesario investigar en su pasado si queremos comprenderla en un determinado momento; entender, por ejemplo, los motivos del matrimonio, la calidad de los sentimientos que lo decidieron, el papel desempeñado por los problemas socioeconómicos. ¿Cuál de los padres tomó la decisión? Si, a veces, la pareja es el resultado de un encuentro azaroso, en otras ocasiones es el fruto de una elección deseada inconscientemente. Si, por ejemplo, la elección del compañero dependió de que éste se dejara dominar o si ha sido la culminación de una búsqueda de complementariedad entre ambos; y, en este caso, si la complementariedad lo era de cualidades opuestas o bien la adición de cualidades equivalentes.

La afinidad en la pareja desempeña un papel cierto en la situación triangular padres-hijo, pero,

como toda vivencia dilectiva, es difícil de comprender y, singularmente, de explicar. Ningún esquema puede explicar el vínculo "dilectivo" entre los miembros de la pareja, ni entre ellos y el niño cuando aparece éste, ni los cambios que imprime cada nuevo nacimiento. Son numerosos los autores que han tratado de la necesidad de que la unión de la pareja se equilibre a través del niño. Si la pareja consigue por ello que su unión se convierta en un verdadero matrimonio (en la acepción que le da Nora en *Casa de muñecas*, de Ibsen), es decir, un verdadero intercambio, y ha encontrado, como dice J. Maisonneuve, "el sentido último de la afinidad: el acceso a esta intimidad común, a este "nosotros" vivido, cuya falta determina que toda convivencia narcisista quede en precario y aparece facticio desde que uno de los compañeros descubre la soledad", aquella pareja es, sin duda alguna, gratificada y enriquecedora por el niño. Hay, pues, parejas que han encontrado la intimidad comunal del "nosotros" y otras cuyo equilibrio resulta del hecho de la complementariedad de los compañeros. Ni que decir tiene que toda pareja no puede forzosamente y en todo caso reconducirse a un tipo preciso y que hay supuestos intermedios, dado que el vínculo afectivo no es el resultado únicamente de la complementariedad de las necesidades, sino que éstas dependen también, como dice J. Maisonneuve, de muchas similitudes, que conciernen no sólo a la adhesión a los mismos intereses y a los mismos valores, sino también a la expresión de ciertas necesidades y a la posesión de ciertos rasgos. Añadamos que el equilibrio puede derrumbarse a causa del "pigmalianismo" de una de las partes que, transformando a la otra, modificará sus necesidades y le hará tomar conciencia de la facticidad de este equilibrio.

Las tipologías de las parejas, tal como han sido descritas por determinados autores no corresponden más que a rasgos de carácter y conducta que no responden necesariamente a la profunda realidad. Como dice L. Kubie, si hay factores neuróticos en cada ser humano, los habrá también en cada matrimonio. La principal fuente de desdichas en el matrimonio estriba en la discordancia entre las demandas conscientes e inconscientes de cada cual tal como se manifiestan en la elección del cónyuge y en la evolución ulterior de sus relaciones. Las predicciones sobre el futuro de un matrimonio, fundadas en elementos conscientes, tienen un valor reducido. Es difícil prever dicho futuro por depender de factores que no siempre están claros y si en función de cada uno de los cónyuges y de la evolución de la pareja en sí-misma. Y es por que, en palabras de L. Kubie, "un matrimonio feliz es a lo sumo un accidente feliz".

Es importante saber todas estas cosas para comprender las reacciones de los padres frente a los hijos, pero es necesario conocer además la historia de su desarrollo personal que presidió el modo de organización de su personalidad en el marco de la propia familia (influyendo la elección del compañero-a en su matrimonio), del mismo modo que interesa conocer el grado de dependencia emotiva y profesional del momento con relación a sus propios padres.

En efecto, los abuelos desempeñan un rol importante en la atmósfera familiar y están lejos de ser siempre nefastos como se ha dicho muchas veces. Son diversas las actitudes que pueden tener con relación a los niños; algunos consideran su influencia sobre los nietos como extraordinariamente pernicioso; sin embargo, pueden aportar una ayuda muy eficaz cuando trabajan ambos padres. Su acción depende de las interferencias en el plano de la educación de los niños y de la tendencia a reemplazar padre y madre prodigando consejos a menudo anticuados. Además, el niño puede explotar su afecto con exigencias muchas veces tiránicas. Más aún, los abuelos son al mismo tiempo sujetos capaces de interferirse en la organización emotiva y educativa de los niños por el modo de relaciones particulares que crean con la pareja hija-yerno o hijo-nuera.

El niño, por su parte, no es un ser únicamente pasivo, pudiendo ser modelado por la acción de los padres, sino que tiene un determinado número de características, un cierto tipo de reactividad o de espontaneidad, una energía o una placidez, pudiendo responder a factores innatos que serán difícilmente aceptados por los padres; además, aparte del papel desempeñado por sus características hereditarias, reaccionará de

manera distinta ante las tensiones familiares, según su edad, su conformación y su estructura personal; dicho de otra manera, reaccionará según el momento en que tales tensiones familiares vayan a influir en este cuadro infantil, pero ya estructurado sobre bases interpersonales. Si admitimos que un niño se forma desde el punto de vista longitudinal y adquiere una estructura particular en corte horizontal, la influencia psicológica externa depende del momento en que se manifiesta y, al mismo tiempo, de la forma que adopta la estructuración de la personalidad en ese momento. En realidad, de una biografía sólo conocemos los grandes acontecimientos valorados por el hecho de que se les juzga traumáticos, pues el niño puede estar o sentirse frustrado sin haber vivido frustraciones reales. Su vida fantasmática, aun estando ligada a la madurez de las relaciones, tiene autonomía propia y debe tenerse en cuenta al lado de las frustraciones precoces realmente vividas. Una maduración prematura, desde el punto de vista motor y perceptivo, puede crear demandas excepcionales imposibles de satisfacer o que el niño no pueda asimilar a causa del nivel de su madurez biológica u otras razones similares. Estos desfases son fuente de malas estructuraciones que enfrentan al niño con sus propias contradicciones, sin que sus padres puedan ayudarle a resolverlas.

El tipo de organización de un niño no puede explicarse en función del modo de relación directa padres-niño. En realidad, las cosas importantes son: lo que los padres ofrecen y lo que hay detrás de esta oferta; lo que el niño recibe y cómo lo experimenta en el plano de lo real o de lo imaginario; cómo responde a la oferta de sus padres; cómo los padres sienten esta respuesta. Sólo desde esta posición podremos comprender el valor propio de las ofertas y los rechazos. La carta del escritor Franz Kafka a su padre aclara bastante este problema: "En el fondo —escribe a su padre— eres tierno y bueno (esto no se contradice con lo que sigue y sólo hablo de la impresión que causabas al niño) pero los niños no tienen siempre la paciencia o el valor de buscar hasta el fin la bondad (...). Confiabas en ti tan generosamente que, aun si llegabas a ser inconsecuente contigo mismo, te dabas, a pesar de todo, la razón (...). A mis ojos adoptabas ese carácter enigmático que tienen todos los tiranos cuyo derecho está fundado sobre su propia persona y no sobre la razón (...). El más grave obstáculo a mi matrimonio reside en mi inquebrantable convicción de que, para formar y gobernar una familia, me hubiera sido necesario reunir todo lo que de bueno y malo reconocí en ti, inextricablemente enmarañado: tu superioridad y tu manera de burlarte de los demás, tu robusta salud que no cede ni ante los excesos, tu elocuencia irreplicable, esa satisfacción de ti mismo acompañada del desprecio del prójimo, tu profundo saber que se convierte en tiranía, tu conocimiento de los hombres y, junto a él, tu desconfianza (también tus cualidades sin defecto, como tu capacidad de trabajo, tu perseverancia, tu presencia de espíritu, tu osadía, etc.)." Por otra parte, Franz Kafka escribe, en una carta a su hermana: "Los padres arrebatan al niño, paso a paso, todo derecho a la personalidad y, a partir de ahí, pueden incapacitarlo permanentemente para ejercitar correctamente sus derechos." Hay ahí "una desgracia que afecta tan gravemente a los padres como a los hijos".

Leyendo esto, podemos darnos cuenta de qué relativos son nuestros modos de aproximación. Podemos pensar que sólo de estudios biográficos profundos y de psicoterapias de larga duración se pueden extraer las estructuraciones patológicas y los modos de relaciones anormales entre padres e hijos. Esto no significa que neguemos todo valor a los estudios realizados hasta ahora, pero sí es preciso conocer los límites para utilizar mejor las aportaciones. A este propósito, es muy interesante y útil la investigación de M. Rutter (1971), el cual confrontó con sus trabajos los resultados obtenidos por diferentes investigadores. La tendremos en cuenta a menudo en el curso de este capítulo.

En conjunto, se ha abordado este problema centrándolo demasiado sobre el plano de relaciones unilaterales, sin tener en cuenta el *conjunto del grupo familiar*. Un gran número de psiquiatras americanos se ha dedicado estos últimos años a profundizar en el problema de la comunicación, a situar mejor el problema del papel de cada uno de los miembros en sus relaciones recíprocas, a comprender mejor cómo la comunicación y el papel desempeñado participan en la creación de la propia identidad del niño. G. Bateson ha mostrado cómo, en una familia, los padres pueden hallarse respecto al niño en una situación de doble vínculo. Viven experiencias repetidas, secuencias de acontecimientos orales o no, en un campo en donde los adultos imponen al niño estructuras en nombre de este modo de comunicaciones. Mensajes a veces incongruentes, que contienen restricciones concomitantes; aunque verbalmente adopten una forma liberal, una apariencia de libre elección, dejan traslucir una incertidumbre en cuanto a las consecuencias (premio o castigo) cuando los deseos de los padres son transgredidos. L. Wynne muestra cómo el niño, para perfeccionar su identidad, necesita de un ambiente psicosocial estable y también encontrar condiciones favorables que le permitan elegir o transformar sus funciones a lo largo de su desarrollo. En las interrelaciones familiares puede crearse, por rigidez o ambigüedad, una "seudomutualidad", en la que la comunicación y la interacción se hallen desunidas y fragmentadas (las presiones ejercidas para conservar esta fachada de "entente" no consiguen sino aumentar la ausencia de relaciones verdaderamente significativas), o una "seudohostilidad" que tenga, como se ha dicho con razón, un valor dinámico semejante al de la "seudomutualidad", es decir, contener o esconder sentimientos desagradables, deseos terroríficos o propensiones amenazadoras.

P. Fedida, analizando estos trabajos, se pregunta si podemos contentarnos con la esquemática de los modelos teóricos unificadores, y si concibiendo el problema del parentesco en términos de *física psicosocial* (equilibrio, relaciones dinámicas, interacción, acción recíproca, etc.), no corremos el riesgo de alterar profundamente los conceptos psicoanalíticos sobre los que estas teorías pretenden apoyarse, porque lo que llamamos *parentesco* desborda ampliamente del cuadro psicológico y social de la "imagen" de los parientes y de su papel respectivo.

No creemos que estos nuevos principios puedan cobrar sentido sin llevarse a cabo el estudio de la comunicación y del rol desde un punto de vista genético, en el marco del desarrollo de la personalidad; no adquirirán su valor más que con la utilización de estos esquemas en el marco de análisis individuales. No podemos estudiar el desarrollo de la personalidad del niño fuera de la *matriz familiar* en la que se desenvuelve. Según Th. Lidz, para que la familia permita a los niños un desarrollo armónico, los esposos deben permanecer unidos en calidad de padres, preservar la frontera entre generaciones y asumir de modo continuo el rol de su sexo. La escala de valores de la familia, la adjudicación de los roles, la red de relaciones interindividuales penetran en el niño a través de la conducta de la familia mucho más que por lo que se le enseña o incluso por lo que es consciente para los padres. Para que una familia permanezca sana, es necesario que reaccione normalmente a las presiones individuales de sus miembros (S. Minuchin), es decir que los padres sigan las modificaciones del niño en evolución. Hay de hecho padres que se adaptan a determinadas edades de la evolución del niño: primera infancia, fase de latencia o adolescencia, proyectándose sobre los niños de forma diferente en el curso de estas etapas.

Para N. Ackerman y cols., hay dos maneras de abordar la naturaleza de los trastornos infantiles: yendo del niño a la familia o de la familia al niño o a los niños. Estas dos maneras de concebir y abordar el problema son complementarias y facilitan la comprensión de las relaciones dinámicas de la célula familiar. 1) La psiquia-

tría infantil se extiende hasta la inclusión de la preocupación psiquiátrica de la célula familiar. 2) Ahora, inversamente a la tendencia tradicional, se intentan definir los trastornos del niño en el marco de la patología psicosocial de la célula familiar. Se asocia el diagnóstico del niño al de la familia. 3) Se pasa de hacer hincapié en la desviación del niño, único considerado como "el enfermo", a la patología del conjunto de los niños considerados colectivamente como un subgrupo del fenómeno familiar. El potencial patógeno de los padres y de la familia se reparte de manera especial entre todos los hijos. Las vicisitudes de estos procesos se ven afectadas por las transformaciones familiares al filo del tiempo y por las relaciones de la familia y del niño en un momento dado del ciclo de la vida familiar.

R. D. Laing analiza la relación existente entre las estructuras aparentes de la familia y las estructuras de la "familia" (transformada por interiorización, partición y otras operaciones) en calidad de conjunto de relaciones y operaciones entre unos y otros. Según dicho autor, la "familia" no es un simple objeto social compartido por sus miembros. Para cada uno de éstos, la "familia" no es un conjunto objetivo de relaciones. Existe en cada uno de sus elementos y en ninguna otra parte. La "familia" no es un objeto interiorizado sino un conjunto interiorizado de relaciones. No es la suma de sus factores; es un verdadero sistema de reglas de conducta dotadas de un rol oscuro pero importante al mismo tiempo en las relaciones entre los miembros de la familia y en las relaciones con los demás. Para R. D. Laing, hay dos clases de familias: 1) la familia "serie" cuyos miembros no tienen ningún interés mutuo; su único y común fundamento es el temor al "qué-darán"; no detenta ninguna similitud compartida. 2) La familia "nexus", cuya cohesión se mantiene por el miedo, la culpabilidad, el chantaje moral y otras variantes del terror; no hay entre sus miembros protección recíproca sino intimidación recíproca. Además, el autor distingue dos conceptos en sus análisis de la familia: 1) el "proceso" (en su opinión) relativo a acontecimientos que no comportan, en su origen, ningún deseo o decisión humana y que se aceptan tal como vienen. 2) La "praxis" que, al contrario, es una acción fundamentada en decisiones indeterminadas, tomadas en función de motivos definidos por personas determinadas.

Sería interesante que el psiquiatra del niño conociera la evolución desde la primera infancia y la relación de causa-efecto. Habiendo estudiado el rol de las diferentes influencias familiares sobre el desarrollo psicológico de los niños en diversas poblaciones y habiendo confrontado su investigación con otros muchos trabajos, M. Rutter (1971) afirma que aún queda camino por hacer antes de comprender los mecanismos y procesos por los que la vida familiar confiere una forma determinada al desarrollo psicológico de los niños. De hecho, nos dice, sabemos muy pocas cosas sobre las causas de las neurosis del niño. Para H. E. Richter, los actuales modelos de explicación científica de las relaciones patógenas padres-hijo no son totalmente satisfactorias. Se plantea una pregunta: ¿Deja huellas perdurables el cara a cara del niño con las prescripciones inconscientes de los padres? "Nuestras observaciones longitudinales sistemáticas, dice H. E. Richter, abarcan una duración máxima de siete años. Ninguno de nuestros niños había llegado a la edad adulta al término provisional de nuestras investigaciones. Así pues no podemos exponer en qué medida y de qué manera continuaron llevando el peso de sus antiguos conflictos del rol después de haber alcanzado la madurez biológica (...). Una opinión definitiva exigiría la oportunidad de seguir su desarrollo mucho antes de la edad adulta".

En el cuadro de la psicopatología de los padres, hay que tener en cuenta sus reacciones frente a los hijos trastornados, físicamente enfermos o disminuidos físicos (véanse caps. XVII a XX).

II. — EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA NUCLEAR. OTRAS CLASES DE FAMILIAS

Las descripciones de las familias nucleares tal como han sido hechas corresponden a una concepción estática que no tiene en cuenta el hecho de que los marcos sociales están en transformación a consecuencia de la industrialización, mejora de los medios de comunicación, extensión de los medios de información, reivindicaciones de las mujeres relativas a un reparto más justo de su rol en la sociedad y a causa de la precoz toma de conciencia de la juventud actual frente a problemas que no había afrontado hasta ahora.

La frase de Confucio, puesta de relieve por A. L. Gall, está más que nunca de actualidad: "Recuerda que tu hijo no es tu hijo, sino el hijo de su tiempo".

Desde la más tierna infancia, el problema de hoy ya no se plantea de la misma manera. Si antiguamente la madre en el hogar y la lactancia constituían el fundamento de cualquier núcleo familiar y si ulteriormente la madre siguió siendo la Vestal por su permanente vigilancia y considerada siempre como calurosa, actualmente la legión de madres que trabajan plantean el problema de la lactancia artificial y custodia de sus hijos durante las horas de trabajo.

Nos hallamos frente a dos concepciones: 1) la de los que detentan la antigua fórmula, sin posibilidad de mantenerse sin un mínimo de modificaciones; y 2) la de los que consideran que la nueva fórmula no es perjudicial y están de acuerdo con Margaret Mead cuando sugiere que la campaña sobre los males de la separación madre-hijo responde a una tentativa más de los hombres para anclar las mujeres a la casa.

Para M. Rutter (1971) es importante "que comprendamos exactamente qué clase de crianza necesita un niño y, de manera precisa, qué factores provocan un trastorno psiquiátrico en los niños". "Pero no lo sabemos, y el no reconocimiento de nuestra ignorancia ha llevado a declaraciones confiadas y contradictorias". "Nuestra ignorancia, en calidad de tal, no es nociva, pero sí nuestro hecho de saber cosas que no son ciertas". Según M. Rutter, nuestras teorías sobre la importancia de la familia se han multiplicado y llegado a ser ciertas de manera creciente, mucho antes de saber cuáles son los hechos que las teorías tienen que explicar.

A menudo se han descrito las relaciones entre la pareja y el niño como una relación casi permanente con un miembro de la familia. Pero, de hecho, no es el caso más frecuente en la sociedad actual. La situación de las madres que trabajan constituye un ejemplo de muy breves separaciones recurrentes y de cuidados maternos dispensados por diferentes figuras maternas. Basándose en sus estudios epidemiológicos y en una revisión de la literatura, M. Rutter (1971) rechaza la noción de que un contacto ininterrumpido madre-hijo (completa ocupación de la madre en la crianza del hijo) es necesario para la salud mental y que la utilización de las guarderías infantiles podría ocasionar un perjuicio permanente. No existen pruebas, añade, de que los niños sufran por tener varias figuras maternas (durante tanto tiempo) como relaciones estables y por los buenos cuidados que cada una le procura; de hecho, los cuidados de la guardería no se interfieren necesariamente en el afecto normal entre madre e hijo (B. M. Caldwell y cols., 1970).

I. Lézine (1972) describe la evolución de las guarderías de antaño, ambientes pobres afectivamente, cuyos efectos nocivos se pusieron en evidencia (véase capítulo "Carencias afectivas, sociales y sensoriales"), hasta las guarderías actuales en las que se ha intentado apartar todos los peligros denunciados por los investigadores que

introdujeron la noción de hospitalismo. En sus investigaciones efectuadas en Francia, I. Lézine llega a la conclusión de que la intervención de los psicólogos en las guarderías de la Protección Materna e Infantil resultó muy eficaz. Sin embargo, las guarderías siguen siendo insuficientes. En los Estados Unidos se observa un viraje sensible a favor de la educación de los niños pequeños en colectividad. Las investigaciones de B. Caldwell y J. Richmond, que se remontan al origen de este movimiento, tratan de demostrar que los niños educados en colectividad reciben muchos más estímulos que los educados en determinadas familias, desarrollándose del todo normalmente en donde establecen vínculos afectivos estables con el entorno.

Creemos que los cuidados individualizados y estables prodigados a los niños en las guarderías son muy deseables, pero no hay que desestimar el riesgo de fuertes afectos privilegiados de las arrulladoras por determinados niños. Parece ser que el vínculo entre la madre y el hijo podría estar mejor preservado incluso creando guarderías en los lugares de trabajo de las madres.

De una manera esquemática, se concebía la estructura de la familia occidental a la inversa de la estructura de la familia soviética, imaginada en conflicto con el rol del estado en la crianza de los hijos. Parece haber sido éste el caso pero, según N. Rollins (1972), el estereotipo americano de "el niño en el país comunista", separado de su familia y educado en un entorno completamente institucionalizado, es demasiado simplista; desde 1970 se tiende a reafirmar la importancia de la familia. U. Bronfenbrenner expuso la protesta del público soviético a propósito de un ensayo en 1960 que aventuraba que las facilidades para la vida en la comunidad serían tan superiores que la familia, reducida a una pareja, quedaría absorbida en la comunidad social. Surgieron paladines de la preservación de la familia, entre ellos A. G. Kharchev y el psicólogo V. N. Kolbanovski, que afirmaron que el Partido no había tenido nunca la intención de suplantarse a la familia; es en la familia donde se satisface mejor la necesidad de amor del niño.

A. Clancier y R. Jaccard (1971) hacen constar que la permanencia ininterrumpida de la madre en el hogar no constituye obligatoriamente un ideal. A veces, mima demasiado a sus hijos, retrocede en el plano afectivo e intelectual y se vuelve incapaz de tener con ellos intercambios a un nivel suficiente para ayudarlos a convertirse en adultos; un diálogo abierto sobre las realidades de este mundo es útil para el desarrollo del niño. Esto es tanto más cierto cuando el padre pertenece a la categoría de los padres "ausentes". Ahora bien, los padres ausentes o demasiado ocupados, que vuelven cansados por la noche y no contactan prácticamente con sus hijos, no constituyen la excepción sino la regla en nuestros días.

¿Cuáles son las consecuencias de los diferentes modos de crianza según las culturas? Este problema se trató en: "El niño y la familia" publicado bajo la dirección de E. J. Anthony y C. Koupnick; en un número especial de la *Revue de neuropsychiatrie infantile* en 1972, el simposio sobre el "Milieu et Développement" (1970) y en numerosos trabajos sobre los niños de los kibboutz.

No podemos tratar aquí todos estos problemas culturales; escogeremos dos ejemplos: la "familia africana" (véase cap. IV) y la comunidad kibboutz; la primera porque forma parte de la historia social de un tipo de civilización; la segunda porque se creó en todos sus detalles para ser el vehículo de fines diversos: nacional, educativo y social, con vistas a abrir la vía a una nueva vida cuyo ideal consistía en implantar una verdadera igualdad y un colectivismo auténtico.

En los kibboutz los niños son educados en colectividad en "casas" reservadas para ellos. De 0 a 18 meses, están en la "Guardería". El grupo de niños que ulteriormente vivirán juntos es reunido en una sola casa. Allí les cuida su madre, así como una *Metapelet* (nodriza, educadora cualificada) hasta los 6-8 meses, durante los cuales la madre se habrá ido descargando progresivamente de los cuidados de su niño en favor de la *Metapelet*, antes de tener que reemprender su trabajo.

A los 18 meses son transferidos a la *Home d'enfants* en donde vivirán hasta la entrada en el Jardín de los pequeños (3 a 4 años). J. Zeller Mayer y J. Marcus señalan que el empleo del tiempo diario está desde entonces en manos de la *Metapelet* (comida, actividades organizadas, etc.); sin embargo, el contacto con la familia subsiste no solamente durante la "hora familiar" por la tarde, en que la familia se reúne en la sala de los padres, sino también a lo largo de la jornada a través de las cortas y regulares visitas de los padres y de los hermanos a la *home* o las visitas de los pequeños al lugar de trabajo de sus padres.

A partir de los 3-4 años, el grupo pasa al "Jardín de los pequeños", luego sucesivamente hacia los 4-5 años al "Jardín de los medianos" y a los 7-8 años al "Jardín transitorio" cuya última actividad está dedicada a una preparación escolar (primeras nociones de lectura y de cálculo, juegos que tienden al desarrollo de la creación libre, actividades de grupo y cooperación).

Seguidamente, el grupo entra en la Escuela primaria donde aumenta la importancia concedida a los aprendizajes escolares, juntamente con un compromiso progresivo en un verdadero trabajo con responsabilidades (en la granja de los niños) de trabajos fáciles en su propio jardín y en el "rincón de los animales", propiedad suya. Así (dicen J. Zeller Mayer y J. Marcus) la existencia de esta "sociedad de los niños", en la que cada uno tiene un rol independiente y responsabilidades, prefigura un factor importante para el período ulterior de la adolescencia. En efecto, al tiempo de la adolescencia, el joven del kibboutz entra en la llamada "sociedad de los jóvenes". Dicen J. Zeller Mayer y J. Marcus que la estructura precisa de esta sociedad de adolescentes varía según los kibboutz, pero que en cualquier caso se caracteriza por un cierto grado de separación física de los padres. Los adolescentes disfrutan de un estatuto completo en el medio kibboutz en el que deberán contribuir a la prosperidad de la sociedad no solamente con sus estudios sino también con su trabajo. El adolescente soporta un fuerte programa de estudios secundarios y de trabajo manual.

Los autores que estudiaron al niño y adolescente de los kibboutz coinciden en su opinión. J. Zeller Mayer y J. Marcus observan que durante los dieciocho primeros meses de la vida del niño, el rol de la madre sigue siendo central, sobre todo en lo que concierne a la alimentación y al juego; en la situación del kibboutz, la madre normal, con un niño sano y una lactancia mutuamente satisfactoria, puede desbarazarse de los otros aspectos (menos agradables y generadores de ambivalencia) de la socialización y de los cuidados cotidianos. "En consecuencia, los primeros años de la relación madre-hijo, importantes a causa de su aspecto formativo, pueden verosíblemente ser gratificantes al máximo". Dichos autores no creen, como dijeron algunos, que la "madre múltiple" sea perjudicial para el niño. La idea de que el objeto simbiótico tiene que ser una sola persona es para ellos una suposición *a priori*. Plantean la hipótesis de que todos los cuidados y las personas que se ocupan de ellos (comprendido el padre, el grupo de niños y el entorno) constituyen juntos una *Gestalt* que forma parte de la imagen mental del "principio de madre"; lo cual implicaría de una manera u otra que el kibboutz representa en su conjunto la figura nutritiva global. Observan que el procedimiento institucional por el que la madre deja una parte de los cuidados en las manos de otra mujer contribuye a reducir la angustia de la separación y, probablemente, facilita el proceso global de separación-individualización. Postulan que el conflicto edipiano no adquiriría en el niño del kibboutz "la intensidad característica del desarrollo afectivo en el seno de la familia nuclear" (...). Al no ser exclusivas sino modificadas las relaciones en el estadio edipiano, la resolución ulterior del complejo se vuelve menos imperativa y menos rebelde (...). La participación activa del padre en los cuidados prodigados al niño desde las fases precoces del desarrollo implica la triangulación necesaria, impide la privación paterna y ayuda a la elaboración progresiva de la idea de los roles masculino y femenino, condición previa a la diferenciación ulterior de los sexos (...). La vida en grupo (...) en el curso de los años crea una dimensión adicional de relaciones interpersonales y favorece el sentimiento de pertenecer a un grupo social. A su vez, esto ayuda a evitar el sentimiento de anomia y de alienación durante la adolescencia (...). El aspecto estructurado (...) del medio adolescente permite al joven pasar la "fase de grupo" (...) sin tener que recurrir a la organización de agrupaciones o de bandas para despegarse de los objetos infantiles". J. Zeller Mayer y J. Marcus concluyen: "Lo que decimos parece ser un fiel reflejo de las condiciones reales de los kibboutz". Dejan sin respuesta otras cuestiones, y entre ellas: 1) ¿Cuáles son el grado y el tipo de la autonomía del individuo con relación a los códigos del grupo? 2) ¿De qué potencial dispone el individuo para adaptarse y funcionar en un medio distinto del kibboutz?

En la obra de B. Bettelheim dedicada a los kibboutz (1969), se encuentra en parte una respuesta a estas dos cuestiones. Según él, el adolescente nacido en el kibboutz es esencialmente él-mismo cuando está entre los otros (...). La intimidad con los demás es en su esencia inaccesible para muchas de las personas nacidas en el kibboutz.

En un trabajo relativo a los trastornos afectivos entre los kibboutzniks, M. Kaffman muestra las mismas entidades psiquiátricas que en los demás sectores de la sociedad cuando hay una relación trastornada entre el niño y sus padres. Los ideólogos creían que los kibboutz servían incluso para proporcionar condiciones adecuadas con las que aislar las neurosis de los padres y de las madres y evitar las contaminaciones neuróticas a la segunda generación. Pese a todas estas esperanzas, el problema de la transmisión de la neurosis hizo su aparición en la vida de los kibboutz a su tiempo. Ni siquiera las condiciones de vida de kibboutz aparentemente ideales podían evitar ni los conflictos "normales" ni los "patógenos" entre padres e hijos.

II. — LAS RELACIONES FRATERNALES

I. — EL VÍNCULO FRATERO Y LA ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD FRATERNAL

Puede creerse que el vínculo fraterno es origen de amor, pero, de hecho, existen problemas muy importantes entre hermanos; podemos imaginármolo como vínculo "intergrupo" que da vida a cierta homogeneidad de autodefensa con relación al mundo exterior, pero en realidad la cohesión del grupo fraterno está constituida por los padres y, al mismo tiempo, perturbada por las rivalidades que pueden crear involuntariamente. A propósito de esto, Ch. Baudouin ha dicho que "la fraternidad es en principio rivalidad, pues los hermanos nacen enemigos". Según P. Cahn, el niño desea que la madre sea exclusivamente para él, y la existencia de hermanos ocasiona ineluctablemente, sean cuales fueren las circunstancias particulares, una rivalidad fundada en la experiencia de una frustración y generadora de envidia. El mecanismo de la relación fraterna dependerá esencialmente de dos factores: la actitud de la madre, agente y causa de la frustración al mismo tiempo; los determinantes psicosociales del niño frustrado, como su posición ordinal entre los hermanos, la importancia del número de hermanos, edad y sexo absolutos y relativos.

Teóricamente, si el reparto de amor materno fuera el mismo para cada uno, no debería existir rivalidad fraterna; pero, de hecho, la rivalidad no está en relación con un reparto equitativo, ni es el fruto de la igualdad del valor de lo que se recibe; es, a menudo, la consecuencia de una impresión que tiene el niño de no recibir suficiente, en función de este reparto justo o no. Por esta razón, las madres que temen, por razones personales, ser injustas para con sus hijos y que extreman su cuidado en repartir equitativamente su afecto, no pueden impedir la existencia de rivalidad entre hermanos. Por el contrario, algunas madres de familia numerosa, que se sienten libres en este reparto, dando más o menos según las situaciones, siendo capaces de responder sin ninguna idea preconcebida a las necesidades personales de cada hijo, pueden disminuir estas tensiones dentro del grupo fraterno. Para M. Sewall, las envidias fraternas son mucho más importantes cuando la madre está excesivamente pendiente que cuando es despreocupada. Es indudable que la actitud de las madres abusivas que reviven a menudo sus propios problemas infantiles, o cuyo apego a sus hijos no es más que la consecuencia de una insatisfacción conyugal, crea una atmós-

fera de rivalidad; cada vez que la madre da algo, cada hijo lo siente como una donación acompañada de una contraprestación de años; este mecanismo crea desórdenes en el plano individual y, de rechazo, una desorganización en el reparto de las fuerzas dentro del grupo fraterno, porque cada hijo tiene su propio modo de reaccionar. En cambio, una madre despreocupada, cuya infancia transcurrió sin verdaderos problemas en el plano competitivo y cuya vida conyugal es satisfactoria, puede tener un amor extremadamente tierno para sus hijos, manteniendo, sin embargo, ciertas distancias que le permite desvincularlos de sus problemas personales.

El papel desempeñado por el padre en las relaciones fraternas parece haberse minimizado en demasía. Es, salvo excepciones, utilizado tanto por la madre como por los hijos; representante de la autoridad, confirma o anula las actitudes maternales en función de su personalidad y del modo de las relaciones conyugales. Representa una autoridad las más de las veces abstracta, que cada hijo intenta utilizar en su provecho.

La estructura de la comunidad de hermanos puede depender del rango y del sexo de los niños. A continuación de los trabajos de S. Schachter (1959) se tomó en consideración el *rango familiar*, habiéndose emprendido investigaciones experimentales a este respecto. El rango desempeña un papel para los hermanos y hermanas. El niño reacciona diferentemente frente al nacimiento del primer hermano que al de los siguientes. G. Mauco y P. Rambaud admiten que los primogénitos sobrepasan claramente a los secundogénitos en el plano intelectual. Por otra parte, se admite generalmente que el primogénito figura a menudo entre los niños que presentan dificultades; no obstante, es menos cierto en el caso de los primogénitos de familias numerosas. La situación del primogénito no es cómoda; hijo único al principio y beneficiario exclusivo del afecto de los padres, debe compartirlo más tarde con el segundo y adoptar además, para con este recién llegado, una actitud cariñosa.

Es clásico considerar que el benjamín es el niño más mimado; sin embargo, algunos autores observaron que muchas veces está claramente abandonado por el padre.

En un interesante estudio crítico, J. M. Lemaine señala que sólo ocasionalmente se debe tener en cuenta el rango; es una condición estática y se ignora el proceso que recubre. Muchos autores explican las diferencias entre el primogénito y el secundogénito por determinantes sociales ya que, en efecto, es difícil admitir que el patrimonio genético varíe con el rango; pero esto no significa que debamos rechazar, según J. M. Lemaine, la eventualidad de diferencias innatas, diferencias debidas, por ejemplo, al hábitat prenatal. De hecho, convendría estudiar de una manera más precisa las diferencias precoces de educación entre los niños que ocupan diferentes rangos.

N. Uddenberg y cols., estudiaron la importancia del rango entre las niñas con relación al proceso de identificación con la madre. Creían probable el que las ocasiones que encuentra una niña para identificarse con su madre son menos frecuentes cuando tiene una o varias hermanas mayores: 1) las hermanas mayores tienen probablemente una ventaja sobre las pequeñas en la competencia de llamar la atención y obtener cuidados de la madre; 2) la actitud de la madre frente a las mayores y las pequeñas del mismo sexo es probablemente diferente. En determinados casos el problema puede variar cuando la madre está insatisfecha por no tener un niño varón.

El problema de rango no se plantea únicamente en el plano lineal. También hay que tener en cuenta las diferencias de edad.

El *sexo*, en función de las características psicológicas que le son inherentes, desempeña un papel en la relación fraterna. R. Pifet llevó a cabo un estudio crítico sobre la psicología diferencial de los sexos. En su estudio psicodinámico de las dife-

rencias según los sexos, B. Cramer piensa que estas diferencias pueden considerarse como características que forman un agrupamiento en los dos extremos de la misma curva, con todos los matices de mezclas que contribuyen al perfil de cada niño o niña. En el extremo del espectro correspondiente al niño se sitúan: una tendencia a la descarga de los impulsos por la motilidad y un mayor grado de actividad motora; una tendencia a la descarga de la agresión por la acción y un control bajo de los impulsos. En el extremo del espectro correspondiente a la niña: mayor rapidez en la maduración, los impulsos no se vierten tan fácilmente en la acción y son más controlados. La descarga afectiva se muestra más característicamente en el manejo de las reacciones de objeto y los conflictos.

Las relaciones entre hermanos y hermanas no dependen únicamente de sus diferencias intrínsecas, sino también de la importancia concedida al rol del sexo en el sociodrama familiar.

Algunos autores (C. P. Oberndorf) estiman que la situación edipiana refuerza el antagonismo entre hermanos del mismo sexo y lo atenúa entre los del sexo opuesto. Según S. Lebovici, existe una relación indudable entre el complejo de Caín y el complejo de Edipo, ambos nacidos del deseo de posesión exclusiva de la madre, "las envidias entre hermanos —dice— son frecuentemente la proyección sobre el plano filial de sentimientos edipianos desplazados".

En las conclusiones de su trabajo, P. Cahn admite que "la relación fraterna" se sitúa entre dos polos: uno, inmanente, constituido por la pareja madre-hijo, que se impone durante los primeros meses de vida, pero cuya disposición progresiva permite al niño acceder a relaciones más amplias; el otro, trascendente; formado por la pareja conyugal, cuyo primer modelo es proporcionado por los padres.

"Sin embargo, la hermandad constituye para el niño una transición entre el restringido medio familiar y la sociedad propiamente dicha, una especie de aprendizaje social cuya eficacia está en función de la actitud de los padres". Éstos, en efecto, corren el riesgo de obstaculizarlo: bien por una preferencia marcada hacia uno de los hijos, que produce el efecto de alimentar la envidia de los otros hermanos; bien por una desunión de la pareja conyugal, que trae consigo el intento de captación de los niños por uno de los padres, quedando de este modo bloqueado el impulso social de aquéllos y siguiendo puesto en litigio el modelo de identificación parental; bien por una indiferencia total hacia la comunidad fraterna, cuya primera experiencia de sociabilidad será negativa por ser agresiva hacia los padres.

Esta doble dependencia, dice P. Cahn, motiva la ambivalencia odio-amor que caracteriza la relación entre hermanos, explica el ambiente conflictivo en sus orígenes y lleva a considerarla como una fase de primera importancia en la génesis socioafectiva.

Lo que acaba de exponerse responde a cierta realidad, pero según un estudio metodológico sobre "la familia agente etiológico de la enfermedad mental". J.-P. Spiegel y N. W. Bell consideran que es extremadamente difícil exponer y evaluar los hallazgos procedentes de los estudios sobre las relaciones entre padres e hijos, a causa de la falta de sistemática en el conjunto de trabajos aparecidos en la literatura. Refiriéndose, por ejemplo, a ciertos tipos de comportamiento de los padres, y confrontándolos con reacciones particulares del niño, se pueden hallar relaciones que sean su condición necesaria pero no suficiente. La confusión persistirá mientras que los investigadores no se ocupen más que de una parte de las relaciones existentes en el seno de la familia que, en realidad, es un todo, no formando más que un único y mismo sistema de relaciones interdependientes; el estudio de una o varias de estas interrelaciones, no puede reflejar la imagen exacta del conjunto. Además, estos autores destacan que la mayoría de estos estudios no examinan más que una variable a la

vez, olvidando el contexto y sin tener en cuenta la constante de otras variables significativas, llegando así a conclusiones erróneas. De esta manera, J. Haldane y S. Smith destacan que ciertos hechos explicados por el orden de los nacimientos, se explican en realidad por la edad de la madre, que crece al mismo tiempo que el número de los nacimientos. También la mayor parte de las comprobaciones relativas al orden de los nacimientos o a la posición dentro de la comunidad fraterna, son dudosas porque no se han tenido en cuenta las diferencias de edad y de sexo. Lo importante no es, quizás, el hecho de ser el primogénito o el mayor de tres hermanos, sino el ser el primer hijo varón en una familia de tres hijas. Considerar varias alternativas al mismo tiempo complica mucho la investigación, pero no parece posible proceder de otra manera si quiere llegarse a conclusiones válidas y exactas. Se reprocha igualmente a algunas de estas investigaciones el no tener bastante en cuenta, o también de enfrenar, los factores constitucionales a los ambientales, mientras que sería interesante ocuparse de determinar su interdependencia.

II. — LOS GEMELOS

La relación fraterna entre gemelos es particularmente interesante. Este estudio permite distinguir el rol que debe atribuirse a la herencia, al ambiente y a las variaciones intelectuales y afectivas.

No insistiremos en el problema de la psicología de los gemelos, estudiada por M. Allen y cols. (1971) y J. Cohen y cols. (1972), abordada en el capítulo IV de este tratado.

Desde un punto de vista clásico, el interés de los gemelos monocigóticos es su semejanza; desde el punto de vista de R. Zazzo, el interés de los gemelos monocigóticos "educados en el mismo ambiente" es, al contrario, su disparidad. Demuestran que los factores hereditarios y ambientales, tal como se les define habitualmente, no bastan para entender la génesis de una personalidad en función de hechos específicos de la situación gemelar. Este autor admite una inferioridad relativa de los gemelos frente al nivel de los grupos sociales, explicada en parte por la desventaja física y también por el hecho de que la pareja, muy estrechamente unida, aísla a cada uno de los compañeros de las influencias del ambiente.

Si desde el punto de vista de su génesis se ha discutido el déficit intelectual de los gemelos, su retraso en hablar es indiscutible. Se basa sobre la aparición o el dominio de valores relacionales del idioma; la dificultad de distinguir verbalmente entre "sí mismo" y "el otro"; la mayoría de los gemelos, especialmente los monocigóticos, usan un lenguaje secreto, combinado con hábitos verbales (el "nosotros") o con errores (confusión del "yo" y del "tú"), que pueden ir acompañados de un sentimiento de despersonalización. Desde el punto de vista social, estas anomalías (situación de gemelos) se convierten en fuente de aislamiento. Este retraso para hablar se corrige relativamente con la edad y la separación, pero casi siempre persiste una inferioridad lingüística, que confiere a los dos miembros de la pareja una semejanza suplementaria no vinculada a la herencia.

La "gemenidad" crea perturbaciones de la personalidad. Al vivir en una confusión inicial, se reduce la sensibilidad de los gemelos. El uso tardío del "yo" y del "mí mismo" se manifiesta no sólo en perturbaciones de la conciencia personal, sino también en la manera de pensar, e impide la toma de conciencia del "mí mismo", del "otro" y del "sí mismo". En ellos, la identificación de la imagen propia como tal, no tiene efecto antes de los tres o cuatro años, mientras que en los niños "singulares"

lares" tiene efecto hacia los dos años y medio. Se puede desembocar en un verdadero sentimiento de despersonalización acompañado de un vértigo de extrañeza, rareza, etc.

El drama de la situación de los gemelos, radica en el conflicto entre el deseo de identificarse y la necesidad de tener personalidad propia. La separación no se vive, generalmente, como irreparable, porque al sufrimiento de estar solo se une el placer de la libertad; pero, a menudo, la pérdida del otro es muy sentida y el gemelo necesita formar una nueva pareja. Por otra parte, el matrimonio representa una amenaza de ruptura y crea actitudes de rivalidad envidiosa.

Es interesante la relación entre padres y gemelos. No se trata de una forma de relación entre una madre y dos hijos considerados como un ser único, sino de una verdadera situación triangular. Como ha demostrado D. Burlingham, el hecho de que la madre no pueda querer a sus gemelos antes de diferenciarlos, es el origen de relaciones insatisfactorias que acarrear perturbaciones de su maduración afectiva. Por otro lado, una gran parte de energía de los gemelos se utiliza para dominar y compensar los deseos agresivos, consecuencia de la carencia materna. D. Burlingham ha comprobado que cuanto más satisfactorias sean las relaciones afectivas de cada gemelo con la madre, mayor será su tendencia a independizarse el uno del otro. Esta disposición triangular la demuestra también E. Demarest y M. Winestine en su trabajo. En sus observaciones, un hijo ha sido aceptado por la madre y el otro, rechazado. La gemela aceptada, que era el elemento dominante, utilizaba a su hermana, en ausencia de la madre, como un niño utiliza a una muñeca; cambiada (tomando el rol activo) su rol pasivo frente a la madre, por el mecanismo de identificación con el agresor. La gemela dominada se contentaba con utilizar a su hermana como sustituto de la madre, si bien no bastaba para llenar el vacío materno.

Vemos que la situación "gemelar" es un verdadero dispositivo experimental para demostrar que la formación de la personalidad depende tanto del factor hereditario como del ambiental, en última instancia, como dice R. Zazzo, del sistema de relación entre el Yo y el prójimo.

Desde un punto de vista práctico, según D. W. Winnicott, el hecho de que los gemelos experimenten o no el sentimiento de que cada uno posee una madre es muy importante al principio. La finalidad de la madre no debe consistir en tratar a cada niño de la misma manera, sino en intentar distinguir las diferencias de temperamento de cada cual a fin de poder entregarse a cada uno según su temperamento. Es necesario que en la vida de los gemelos haya alguien que los reconozca claramente para que no haya confusión entre ellos mismos. La madre debe tener una relación completa con cada uno de ellos, procurando cuidados personalizados a fin de que uno y otro se reconozca en su totalidad y en su unicidad.

III. — AUSENCIA DE RELACIONES FRATERNAS (EL HIJO ÚNICO)

Según A. van Krevelen, "el hijo único resulta un ser débil, insuficientemente dotado para enfrentarse con un mundo hostil; en su lucha por la vida, es un lamentable combatiente". Según L. Kanner, aunque ser hijo único no constituya en sí una enfermedad, todo el mundo reconoce que este tipo de niño tiene problemas particulares; el hijo único es frágil, caprichoso, tímido, tiránico con los suyos, indolente; tiene dificultades de adaptación con sus compañeros y, para integrarse en un grupo, reacciona frecuentemente bajo el aspecto de desconcierto (de reclusión en una vida

fantasmática) o de rebeldía. Por no tener contactos prácticamente más que con adultos, el hijo único utiliza a menudo un vocabulario demasiado rico y se adueña de ideas que no encajan con su edad (impregnación lingüística ideativa y extraña, de Homburger). Se le reconoce a menudo un carácter posesivo; el de tener un nivel intelectual superior al normal.

Si a veces el hijo único es la consecuencia de la casualidad, con frecuencia es fruto de un *status* deseado por los padres ("hijos de egoístas" se les ha llamado). Varias son las razones aducidas (socioeconómicas, afectivas), bien que los padres deseen ofrecer el máximo de afecto a una sola persona, bien que por un mecanismo proyectivo quieran proporcionar al niño ventajas de las que carecieron en su infancia (H. Christoffel).

Si una parte del síndrome así descrito puede explicarse por el aislamiento (relaciones únicamente con adultos, que favorecen el narcisismo), es también debido a la ausencia del aspecto formativo de la rivalidad fraterna. Existe, por otra parte, la influencia particular de los padres. G. Mauco y P. Rambaud señalan la frecuencia del carácter abiertamente posesivo de las madres de hijos únicos, que han comprobado en el 53% de los casos.

Szymanska y Koritowska se alarmaron en 1950 cuando descubrieron que el 42% de los niños afectados de perturbaciones caracterológicas eran hijos únicos. Sin embargo, los resultados de J. Burstin sobre 128 niños son muy diferentes: en su encuesta, el porcentaje de hijos únicos que acudían al servicio de psiquiatría no era más que de un 15,26%; el tanto por ciento es proporcional al del hijo único en la población general. Por otra parte, como M. Schachter y Roux habían ya demostrado, J. Burstin destaca que las dificultades y las perturbaciones que incitan a los padres del hijo único a acudir a la consulta no tienen carácter particular. Su estudio longitudinal demuestra que su evolución es variable y que si algunos, llegados a la adolescencia, continúan viviendo sus relaciones con los progenitores en un plano más o menos infantil, dependientes y sumisos, otros se rebelan a menudo con vehemencia contra la tutela excesiva del entorno familiar, y reivindican la libertad y la independencia debidas a su edad, llegando a menudo hasta el conflicto violento y a la separación total de los padres; otros, en fin, consiguen reconstruir bajo una forma nueva sus relaciones con los padres.

La literatura psicoanalítica trata el asunto de una manera general refiriéndose al aislamiento, sobreprotección, dependencia, falta de competitividad e intensidad de los afectos edipianos a partir de un modelo de situación en el que el niño crece en una comunidad de adultos.

J. A. Arlow examina estos conceptos en relación con un material concreto obtenido en la situación analítica. No hay un síndrome clínico único y especial de los hijos únicos, quienes tampoco presentan cuadros neuróticos definidos. Ser hijo único constituye solamente uno de los muchos factores que, en determinados pacientes, pueden llegar a síntomas neuróticos o a una formación del carácter psiconeurótico. No obstante, el hijo único debe hacer frente a determinadas constelaciones y a ciertos conflictos característicos del desarrollo que hay que dominar y resolver. J. A. Arlow encuentra rasgos comunes en sus pacientes. Lejos de ser no-competitivos, los hijos únicos son intensamente competitivos, aunque esta tendencia pueda estar inhibida o sometida a una formación reactiva. La respuesta del hijo único a la pregunta de cómo ha llegado a ser hijo único, así como las fantasías que desarrolla sobre su situación son cruciales para su desarrollo psicológico. Cualquiera que sea la información que reciba al respecto, el hijo único se culpa de no tener hermanos ni hermanas. Fantasea que destruyó hermanos y hermanas rivales potenciales y teme represalias de sus adversarios.

III. — AUSENCIA O PERTURBACIONES DEL GRUPO FAMILIAR

Los elementos de apreciación y también la explicación suficiente de los trastornos del comportamiento del niño, se hallan, dice G. Heuyer, en el estudio de las condiciones del ambiente familiar. Numerosos autores se han dedicado a demostrar la relación que existe entre las alteraciones del comportamiento y la delincuencia con la desunión del hogar. La amplia encuesta de G. Menut revela que el 66% de niños difiles proviene de hogares desunidos, mientras que sólo se da para el 12% de niños del grupo de control. En el trabajo de J. Bowlby hallaremos el contenido de los estudios realizados por otros investigadores en Suecia, Estados Unidos y Gran Bretaña. Como dice este autor, desgraciadamente los informes nos llegan de forma muy desigual; a menudo, el estado del grupo familiar no se indica explícitamente, a pesar de que en ciertos casos se pueda determinar por deducción. Las razones profundas de la negligencia de los padres no se pone nunca de manifiesto y no se presta ninguna atención a las razones por las que otros miembros de la familia no han podido sustituirlos. De hecho, desde el punto de vista científico, el concepto de "hogar desunido" no se determina con precisión; se aplica a un número demasiado grande de situaciones heterogéneas que provocan repercusiones psicológicas muy distintas. Los estudios psicológicos realizados por Y. M. J. Chombart de Lauwe, permiten captar mejor la situación de hecho, pero es necesario insistir sobre la importancia que debe concederse al estudio de grupos más precisos.

Estudiaremos sucesivamente los problemas planteados por: la ausencia de grupo familiar natural; la desunión del grupo familiar natural; el hogar inestable.

A. — AUSENCIA DEL GRUPO FAMILIAR NATURAL. EL HIJO ILEGÍTIMO

Se piensa que es la madre soltera quien abandona más frecuentemente a su hijo, bien por vergüenza social, por deseo de libertad o pensando en rehacer su vida en mejores condiciones. Los hijos ilegítimos no son siempre el fruto de amores pasajeros, de un progenitor verdaderamente desconocido. Antes de abandonar al hijo, la joven madre soltera se ha visto abandonada ella misma no sólo por su compañero —que, a veces, lo ha sido por mucho tiempo— sino, sobre todo, por el padre del hijo que va a nacer, que rechaza la paternidad. En estos casos, el niño queda abandonado tanto por el padre como por la madre; el hecho de desentenderse antes del nacimiento no disminuye su responsabilidad. Las estadísticas que nos dicen que son las madres solteras quienes con más frecuencia abandonan a sus hijos, son erróneas. Sería más exacto decir que el niño más a menudo abandonado es el hijo ilegítimo, porque son dos quienes lo abandonan.

El porcentaje de nacimientos extramatrimoniales varía de un país a otro. El índice más bajo se registra en los países árabes (de 1 a 2% de los nacimientos) y en la India. En Francia, las variaciones del coeficiente están probablemente en relación con los acontecimientos políticos y sociales (1911-1920: 10,4%; 1925-1937: 6,7%; 1939-1945: 8,2%; 1955: 6,4%; 1959: 6,1%); es de señalar en el periodo 1925-1937

la aplicación de leyes sociales de las que también se benefician las madres solteras, y la segunda guerra mundial en 1939-1945. En Suiza, la tasa osciló alrededor del 4% entre 1901 y 1966. El porcentaje de madres muy jóvenes (15 años y menos) se acrecienta en todos los países.

Antes de abordar el problema de la psicología o de la psicopatología de los niños nacidos fuera de matrimonio, debemos analizar el marco en el que tienen lugar estos nacimientos y las dificultades sentimentales y sociales inherentes a la posición de la madre soltera.

Los aspectos socioeconómicos, tal como los analiza J. P. Keller y cols., desempeñan un papel importante, debido a la frecuente marginación de la madre soltera. Si estadísticamente la madre soltera proviene de estratos sociales poco favorecidos, es necesario decir que se debe a una menor información en materia de contracepción en estas capas de población, a una mayor libertad sexual, a la costumbre aún vigente en virtud de la cual el hombre puede tener experiencias sexuales con mujeres de situación social inferior, a una mayor dificultad para eludir la ley sobre el aborto. Estos elementos pueden ser determinantes en bloqueo o aisladamente. Es bastante frecuente que la mujer deje pasar el tiempo hasta un punto en que el aborto se hace más difícil. Esto obedece a una actitud ambivalente, a una especie de negación del mismo embarazo al principio o a implicaciones ulteriores y a deberes para con el hijo.

Las madres solteras. — Durante mucho tiempo se ha considerado que el hijo natural era consecuencia del azar, que estaba relacionado con una situación socioeconómica particular y que era casi siempre consecuencia del egoísmo masculino. Cierta número de encuestas realizadas en Estados Unidos, parecen demostrar que la joven madre soltera procede a menudo de un ambiente social poco satisfactorio (hogares desunidos, etc.) y el hijo ilegítimo sería la consecuencia de su propia neurosis.

L. Young observa en ellas pocas disposiciones para tener contacto, aún superficiales con los demás, a menos de tratarse de amistades ocasionales. En la mayoría de los casos el hijo procede de una unión pasajera, sin ningún lazo profundo con el padre del niño. Según este autor, el hijo ilegítimo responde: bien a un fuerte deseo inconsciente de quedar embarazada por necesidad de un objeto amoroso, bien al deseo de utilizar la deshonra de un hijo ilegítimo como arma contra los padres dominantes.

C. P. Malmquist, T. J. Kiresuk y R. M. Spano han estudiado las tendencias psicométricas y las configuraciones de la personalidad de 26 mujeres solteras que habían tenido tres o más embarazos. Desde el punto de vista intelectual, 25 sobre 26 tienen un nivel medio o superior y una es retrasada. Desde el punto de vista de la personalidad, revelan en el grupo un conjunto de rasgos particulares que asocian tendencias a trastornos impulsivos y una tendencia a trastornos del pensamiento que sugieren a una persona extraña, inconformista, con reacciones imprevisibles, impulsiva, aislada, cuyo control de sí misma, es variable así como la conducta general. Estos autores señalan además uno de los rasgos esenciales de la personalidad de estas mujeres, que reside en una ineptitud social e impersonal basada, parece ser, en el desconocimiento de lo que "conviene hacer", por lo que pueden reaccionar con defecto o con exceso ante los estímulos sociales.

M. Soulé describió diferentes clases de personalidad. 1) La verdadera madre soltera es la que, a continuación de una rápida aventura mal aceptada, conserva a su hijo y prescinde fácilmente del hombre. Sobre este primer punto, pensamos que

algunas mujeres pueden desear, a partir de un acto de amor, tener un hijo de un hombre soltero o casado sin que esto implique para ellas una unión legal con el padre. Por varias razones psicológicas, en ese caso el hijo es "deseado". 2) La mujer débil que, a continuación de un momento de abandono, se ve madre sin haber sabido conservar el apoyo con el que contaba. 3) La mujer cuyas posibilidades mentales, afectivas y profesionales son muy reducidas; sin ninguna autonomía real, socialmente está a merced de cualquier influencia.

M. de Senarclens y B. Marbeau-Cleirens analizaron las actitudes de la madre soltera durante el parto. Según M. de Senarclens, las primeras contracciones le ocasionan una angustia irracional y despiertan el ya conocido sentimiento de soledad extrema. Tiene la impresión de ser proyectada súbitamente hacia un peligro desconocido y de "parir para nada"; durante la dilatación, se siente aislada en un extraño mundo de violencia dirigida contra ella sola. Según B. Marbeau-Cleirens, a partir del parto se sumerge en un estado de estupor, de inhibición, que puede durar una hora. Se "pare para nada", es decir ni para el padre del niño ni para la sociedad; el "otro" tolera y no espera al niño, y no es reconocido el valor del sufrimiento. El pasado se prolonga en el futuro a través del nacimiento; ahora bien, el pasado queda cortado por el abandono o rechazado por la censura, y el futuro es provisoriamente obliterado por lo desconocido. Por contra, el niño, unidad de la historia del individuo y de la especie así como continuidad del grupo social, encarna para la madre soltera el momento de la ruptura, la discontinuidad familiar y la contradicción de la cultura; es por lo que, desde el nacimiento, "se desliza en un estado de estupor". Esta reacción no se da sin embargo en los casos en que la madre soltera desea a su hijo.

En conjunto, pocos *padres* entablan una relación afectiva real con su hijo nacido fuera del matrimonio, por desaparecer antes del nacimiento o porque solamente consienten en reconocerlo o en comprometerse a pasar una pensión alimenticia. Quedan los casos en que el padre sigue viviendo con la madre (a veces se casa con ella ulteriormente) o llevando una vida paralela cuando se trata de un casado o sigue ocupándose de su hijo aunque los lazos con la madre estén definitivamente rotos.

Cuando el padre establece una relación calurosa, el niño podrá beneficiarse si la madre no distorsiona la imagen del padre ante aquel. No obstante, algunas carencias paternas totales son menos perjudiciales que una presencia esporádica, susceptible de obstaculizar una identificación con un sustituto eventual.

En un estudio psicológico de 215 expedientes de hijos ilegítimos, G. Genevard revela que muy pocos padres han establecido un trato afectivo con el hijo natural; una sola paciente conserva un recuerdo grato de su padre, los otros 7 fracasaron completamente, tanto en el plano afectivo como en el social, para educar al hijo. La mitad de las madres no se ocupan para nada del hijo desde su nacimiento hasta la edad de quince años. Frecuentemente la madre abandona al hijo después de algunos años; esto suele ocurrir antes de los 6 años. Es frecuente que la madre intente recuperar al hijo aproximadamente de 8 a 10 años después de su nacimiento, es decir, demasiado tarde. El fracaso es casi seguro si la madre es soltera. Si está casada éste se produce en el 9/10 de los casos, porque el hijo ha conocido ya en el 2/3 de los casos más de tres ambientes nutricios. Sólo el 12% de las madres han podido, permaneciendo solteras o casándose, educar al hijo hasta los 15 años.

Es evidente que *el hijo ilegítimo* conoce condiciones familiares anormales en todos los casos, aunque sólo sea la falta de padre. La asociación madre-hijo no es una familia como las demás, no sólo porque le falte un elemento esencial, el padre, sino por el hecho mismo de la ilegitimidad. La madre, frecuentemente, está ansiosa, debe enfrentarse con unas condiciones de vida objetivamente difíciles y luchar contra la actitud del ambiente. Vive en una atmósfera de inseguridad, compensa su senti-

miento de frustración afectiva con su comportamiento con el hijo; es casi siempre acaparadora o posesiva. Por otra parte, existe un componente reaccionario por parte del mismo hijo; por el hecho de ser "bastardo" se siente postergado, despreciado por el clan, rezuma amargura, despecho y rencor, que la vida no logra borrar; en ciertos casos puede experimentar una violenta agresividad hacia la madre, mientras que el padre desconocido es idealizado. M. Emery ha descrito perfectamente la situación psicológica de alguno de estos niños a los que la madre no se decide ni a abandonar del todo ni a tomar a su cargo; este niño, es una institución, en un hogar nutricional o probablemente en sucesivos hogares nutricios, perpetúa la trágica situación: ser el hijo de nadie; la madre viene a verle de vez en cuando; a veces le trae regalos, paga poco y raras veces la pensión; cuando se le pregunta lo que piensa hacer de él, repite que algún día lo llevará consigo, pero ese día parece no llegar nunca; cuando la organización asistencial se convence de que nunca lo tomará a su cargo, el niño ha tenido tiempo de crecer y rebasar la edad de fácil adopción. A este respecto, Cl. Launay distingue, dentro del abandono, dos categorías: lo que llama abandono precoz y lo que llama "desistimiento", es decir, que no se trata del abandono de los niños de pecho, sino de los mayores, cuyos padres se desinteresan confiándolos a la administración por un plazo, según dicen, limitado. En Francia, desde hace 10 años, el número de abandonos precoces se reduce sensiblemente, mientras que se eleva el de los engañados, los tardíos; sólo en el Departamento del Sena la asistencia a la infancia ha recogido temporalmente a 9.000 niños. En 1958, sobre 900 admisiones, el 60% de los niños tenían 8 años cumplidos. Estos abandonos disimulados plantean un problema grave porque impiden la colocación estable y producen carencias, consecuencia de la sucesión de hogares nutricios. Si examinamos los resultados de las encuestas llevadas a cabo en Francia, nos damos cuenta de que corresponden a grupos de madres que han tenido relación con casas de maternidad y con distintos organismos de asistencia y no tienen ningún valor general. Parece, sin embargo, que los grupos en que el porvenir de los sujetos se ha revelado deplorable, son generalmente los constituidos por madres que han sufrido presiones culpabilizadoras en el momento de tomar la decisión de conservar al niño o de consentir su adopción; han conservado, pues, al hijo siendo incapaces de asumir la responsabilidad. Por el contrario, en los casos en que el porvenir de los sujetos se revela favorable, se trata de madres que tomaron la decisión de conservar al hijo con perfecto conocimiento de causa, con la casi certeza de poder hacer frente al problema sin haber sufrido presiones. Cl. Launay cita el caso de 68 mujeres de las que Amiot ha estudiado la continuación de su estancia en casas maternas; son muy favorables: 10 años después, 40 están casadas y tienen una familia de 2 a 7 hijos, la situación material parece satisfactoria; los hijos ilegítimos se quedaron con ellas; pero sólo se admiten en estas casas maternas casos seleccionados de jóvenes madres que pueden subvenir, gracias a su trabajo, al pago de su estancia.

G. Genevard, 1956 (según un estudio comparativo de un grupo de hijos ilegítimos llegados a la edad adulta y de un grupo de enfermos policlínicos tomados al azar), encuentra que no existe diferencia en cuanto concierne a la psicosis maniaco-depresiva, la esquizofrenia o el alcoholismo. Al contrario, halla una diferencia estadísticamente significativa respecto al nivel mental; es inferior en los hijos naturales que en el grupo de control, lo que procede, según él, del rol patógeno del ambiente durante la primera infancia. Además, el número de desequilibrados caracteriales es superior al del grupo de control. La desadaptación social es evidente en el grupo de hijos ilegítimos llegados a la edad adulta; la mayoría de estos sujetos presenta una gran avidez afectiva, pero no saben satisfacerla; les falta discernimiento y sentido

crítico en la elección del compañero; son extremadamente exigentes, no soportan el menor fallo en el prójimo y piden un amor absoluto y total. En el terreno genital, la integración de la sexualidad es muy precaria, oscilan entre la inhibición total y la desinhibición. Por otra parte, los estudios estadísticos muestran una separación muy significativa que permite asegurar que los "ilegítimos" engendran hijos fuera del matrimonio más a menudo que el término medio de los miembros de la población corriente. Las depresiones reactivas y los desórdenes de tipo psicosomático son muy frecuentes. Parece desprenderse de este trabajo que estos sujetos se comportan como individuos que han padecido carencia afectiva.

Para evitar la evolución hacia este tipo de trastornos, sería deseable que la sociedad procurase a la madre soltera una ayuda a la vez económica y psicológica, que le permitiera educar a su hijo, y organizase servicios competentes y eficaces con objeto de lograr la adopción del niño cuanto antes en los casos de incapacidad de la madre (véase párrafo sobre *Adopción*).

Asistencia y legislación. — En lo que concierne a las madres, está demostrado que una actitud psicosocial adecuada para con ellas podría permitirles conservar a su hijo con total conocimiento de causa, gracias a una información objetiva y benévola. Ni que decir tiene que no se trata de dictar intencionadamente principios morales para provocar su culpabilidad. Esto no iría en interés del niño. Cl. Launay subraya con razón que muchas de estas mujeres están poco capacitadas para tomar una decisión y que la palabra libertad no les conviene totalmente. "Su decisión (nos dice) depende sobre todo del clima psicológico en el que están inmersas; a este respecto, nosotros deseáramos el clima de condescendiente neutralidad y de apoyo afectivo que permitiera a la mayoría de estas mujeres estar informadas, ganar en madurez y acceder a una búsqueda personal de lo más conveniente para su hijo." Entonces habría que hablar de "consentimiento en la adopción" (Cl. Launay) más bien que de abandono, para que esta elección en interés del niño se hiciera sin culpabilidad y lo más pronto posible, habida cuenta de la incapacidad de la madre para asumir la carga. Pero la insuficiencia cuantitativa y cualitativa de las Casas de maternidad francesas no permite de momento generalizar esta actitud. Señalemos a este respecto las experiencias positivas anglosajonas y escandinavas. Las madres, solteras o no, que desean un apoyo pueden acudir a centros especializados. Especialmente la madre soltera puede beneficiarse de la ayuda permanente de un asesor (aparte de su posible admisión en el centro con su bebé, si es necesario), que la asistirá incluso después de la solución de sus problemas tanto si conserva al niño como si acepta su adopción.

Las disposiciones más notables del proyecto de ley sobre la filiación son las siguientes: 1) el hijo natural forma parte de la familia de su progenitor, pero sólo se le puede educar en el domicilio conyugal con el consentimiento del cónyuge de su progenitor. 2) Hablando con propiedad, ya no hay hijo adulterino o incestuoso, sólo hay hijos naturales. 3) El hijo adulterino disfruta de los mismos derechos que cualquier hijo natural. Su progenitor casado puede reconocerlo voluntariamente. Puede pleitear en contra del padre en pos de una paternidad o maternidad natural, sin arriesgarse a no recibir. 4) Establecida la filiación, el hijo natural podrá obtener las mismas ventajas que cualquier hijo legítimo, especialmente en lo que atañe a los derechos alimenticios. 5) La madre tendrá el derecho de impugnar la paternidad del marido, pero sólo con objeto de legitimación, cuando se haya casado con el legítimo padre del niño, después de la disolución del matrimonio.

B. — GRUPO FAMILIAR NATURAL DESUNIDO

Estudiaremos sucesivamente el problema planteado por el hijo huérfano, por la separación o el divorcio de los padres, y los trastornos que pueden ser la consecuencia de enfermedades físicas o mentales de los padres.

1.º *El niño huérfano*

El huérfano de padre y madre, si no ha encontrado sustituto familiar, se halla en una situación de abandono. El niño que conserva a uno de sus padres, reacciona según la actitud de este último, tanto si permanece viudo como si se vuelve a casar. Además, es evidente que las reacciones serán distintas y que el cuadro se organizará, quizá, diferentemente, según el sexo del huérfano y del padre desaparecido, según el sexo y la edad de sus hermanos o según que la desaparición de los padres haya sido brusca o previsible.

Como lo subrayan J. Boutonnier y M. Porot, la edad a la que el niño se queda huérfano o es abandonado, desempeña un papel capital. M. Porot agrupa las reacciones del niño en función de tres períodos distintos: antes de los 7 años; de 7 a 10 años; después de los 10 años. Antes de los 7 años las consecuencias serían prácticamente nulas si el niño es muy pequeño y los sustitutos familiares son valiosos. No sucederá lo mismo si esta pérdida produce en el niño una carencia afectiva duradera. De 7 a 10 años el niño reacciona mejor —aunque deficientemente a menudo— ante su desgracia. El carácter irremediable de estas desapariciones crea un agobio contra el que el niño no está aún en edad de reaccionar con eficacia. La consecuencia más grave de este desaliento reside, en una tendencia a dimitir, a huir de la realidad mediante sueños de infancia feliz, y más tarde en un comportamiento esquizoide con frecuencia inquietante. Rebasados los 10 años, el niño tiene reacciones más próximas a las del adulto.

Durante estos últimos años se han llevado a cabo minuciosas investigaciones, especialmente por J. Bowlby que a partir de 1960 se ha dedicado especialmente al estudio de la separación y de la pérdida, a las analogías y diferencias entre el duelo en el niño y el duelo en el adulto.

Las investigaciones de B. Arthur y M. L. Kemme versan sobre las reacciones del niño a la muerte de uno de los padres, a partir de un estudio de 83 niños perturbados emocionalmente, y de sus familias. Piensan que es preciso distinguir, si bien artificialmente, los problemas intelectuales de los emocionales, así como estudiar separadamente las reacciones inmediatas de los efectos a largo plazo. Aunque el shock emocional, resultante de la pérdida de objeto, constituya la base de toda reacción de dolor, para el niño pequeño principalmente, el problema suele ser complejo por el hecho de su incapacidad intelectual para comprender la naturaleza de la muerte. Esta dificultad, que tiene por origen la insuficiencia de desarrollo de las capacidades de abstracción y de las conceptuales, se manifiesta principalmente en función de dos conceptos primordiales: finalidad y causalidad. La incompreensión de las nociones de finalidad obligan frecuentemente al niño a traducir la abstracción de la muerte en términos concretos y familiares, acompañada a veces de la impresión del posible retorno del fallecido. Esta impresión puede perturbarse a causa de las explicaciones dadas por los mayores (entre otras, que el padre se halla en otro lugar)

que hacen creer al niño que el muerto sigue existiendo y obrando, aunque en un ambiente distinto. El dominio incompleto o la distorsión del concepto de causalidad llevan frecuentemente al niño a conectar el hecho de la muerte con actividades de la vida cotidiana. De esta forma, el niño puede temer irse a la cama por miedo a no volver a despertarse (como el padre muerto); en caso de que el fallecimiento haya ocurrido por accidente o enfermedad, puede reaccionar ante sus propios problemas o enfermedades leves con una preocupación exagerada o con pánico, porque ve en ellos el presagio de la muerte. Por otra parte, el niño puede plantearse el problema de la causa de la muerte del padre y de esta manera desplazarla o confundirla con sus propios pensamientos, su mala conducta, sus deseos malévolos, sus propios actos agresivos, y tener la impresión de haber contribuido a su muerte.

Las reacciones emocionales de cada niño, según B. Arthur y M. L. Kemme, dependen de su nivel de desarrollo, su anterior relación con el fallecido, de las circunstancias de su muerte y de la forma de reacción de la familia. El niño puede reaccionar de dos formas: por una sensación de abandono o por una reacción de culpabilidad.

La sensación de abandono puede reflejarse en un vacío emocional y un sentimiento de desesperación por encontrarse solo y perdido. La anterior confianza y seguridad ceden terreno a la aprensión; el niño se pregunta si no morirán también él u otros miembros de la familia. La convicción por parte del niño de haber quedado abandonado desencadena a menudo la fantasía de reunirse con el fallecido, y esto puede reflejarse en su negativa a considerar la muerte como una finalidad (J. Bowlby). Los niños pequeños pueden tener la convicción y la esperanza de una reunión arriba en el cielo; los de mayor edad, teniendo una comprensión más clara del significado de la muerte, pueden expresar el deseo de reunirse con sus padres. El examen profundo pone en evidencia una culpabilidad subyacente, de difícil expresión. Hallamos en estos niños repetidos temas de castigos severos por actos de agresión, así como esfuerzos de denegación, de anulación y de reparación que pueden ir acompañados de un temor subyacente de ver volver al difunto en busca de venganza; este temor se manifiesta por terrores nocturnos o pesadillas.

En las reacciones de duelo, hemos de distinguir entre la reacción inmediata a la reacción a largo plazo. Numerosos autores (H. Deutsch, entre otros) han observado la ausencia de pena en las reacciones del niño ante la muerte de uno de los padres, pero B. Arthur y M. L. Kemme muestran que esto no es la regla general. En el 13% de los casos, el niño reacciona ante la noticia del fallecimiento con llantos excesivos; en el 35% parece triste en el momento del examen. Aún en los casos en que hay ausencia aparente de pena, existen otros indicios que indican un shock emocional: agitación, risa inapropiada, comportamiento regresivo, tales como desorganizaciones en el juego, bulimia, una encopresis, aparición de la masturbación, etc.

Si unos han podido considerar el duelo como un proceso necesario que permite una carga afectiva eventual en nuevos objetos, mientras que otros insisten en la naturaleza patológica de todos los duelos, para B. Arthur y M. L. Kemme (1964) todo aspecto de la personalidad es potencialmente susceptible de modificación. El sentimiento persistente de abandono puede acarrear una adaptación precaria que restringe del desarrollo hacia la independencia y las futuras relaciones interpersonales. El niño puede reaccionar por la traslación afectiva de sus valores positivos del mundo real a un mundo fantástico en que sólo aparecen el fallecido y él, o, en otros casos, puede reorganizarse bajo la forma de una autovaloración extremadamente narcisista, desarrollando una sensación de omnipotencia. Los tipos de organización pueden ser distintos según el sexo del padre fallecido. En los casos en que el falle-

cido era del mismo sexo, la manifestación más evidente es la culpabilidad, procedente de la hostilidad anterior hacia éste, que produce períodos depresivos o desórdenes caracterológicos de varios grados, pudiendo ser las reacciones agresivas de origen defensivo para evitar la depresión. La muerte del padre del sexo opuesto puede experimentarse como una victoria en la lucha edipiana, victoria en la que la idealización del fallecido no confrontada con la realidad, permite al niño conservarle como suyo para siempre. Este hecho ha sido señalado por O. Fenichel (1931). El niño puede experimentar una irritación o un resentimiento contra aquellos que intentan devaluar la imagen del muerto; y esto particularmente en las niñas huérfanas de padre. Cuando el sentimiento de culpabilidad forma parte del cuadro, se centra más en rivalidades libidinosas prohibidas que en impulsos agresivos. Estos autores muestran además cómo el fallecimiento de un padre puede plantear problemas de identificación sexual y cuántos niños, huérfanos de padre, han tenido que tomar modelo de su madre y llegar a ser ambivalentes respecto a la masculinidad.

Según M. Rutter (1971) puede existir en el niño modificaciones psicológicas tras un fallecimiento, pero pueden estar ligadas a factores asociados (angustia emocional en el curso de una enfermedad de uno de los padres, melancolía de larga duración en el padre superviviente, deterioro económico y social tras la muerte del padre, etc.).

Numerosos autores (H. Barry jr., H. Barry y E. Lindemann, etc.) han estudiado la relación entre el duelo en la infancia y las enfermedades mentales del adulto, pero no podemos extendernos sobre este problema. Citemos, sin embargo, los recientes trabajos de F. Brown, que considera indubitable la relación entre la pérdida de uno de los padres en la infancia y la delincuencia subsecuente o lo que se llama estados sociopáticos. Según este autor, que cita investigaciones anteriores, las modificaciones descritas no pueden achacarse al duelo porque existen al mismo tiempo una serie de acontecimientos desastrosos: cambios de cuidados, orfanato y rechazo, etc.

Es evidente que el problema de la reorganización del huérfano y de su porvenir no puede comprenderse como un fenómeno en sí, fuera del cuadro familiar en el que se desarrolla. En efecto, un nuevo casamiento plantea problemas particulares (M. Porot); la madrastra se encuentra en una situación difícil, particularmente frente a las hijas que no suelen tolerar esta manumisión, por una intrusa, del afecto del padre, a quien consideran exclusivamente suyo después del fallecimiento de la madre. Por otra parte, los hijos de un matrimonio anterior son para la madrastra el rastro indeleble de la que sigue siendo su rival en cierto modo. El padrastro es generalmente mejor acogido, porque la madre puede conservar la casi exclusividad del afecto del niño, pero la reacción del hijo frente al "usurpador" es semejante a la de la hija frente a la madrastra.

En ausencia de la madre, una hermana mayor puede ocupar su lugar e intentar superar las dificultades de los hijos; su transformación en madre accidental puede repercutir sobre ella y, de esta forma, modificar su propia evolución, bien por el hecho de correr el riesgo de no casarse, al menos temporalmente, bien porque después continúe teniendo actitudes maternas hacia su marido.

Debemos mencionar un tipo particular de niños que llamaremos "seudohuérfanos". Se trata de un fenómeno señalado después de la guerra en niños de 10 y 12 años, cuyos padres permanecieron prisioneros o deportados durante largos años. Se caracteriza por una reacción de rechazo del padre a su vuelta al hogar; es considerado como un intruso por este hombrecito en potencia, que ha cobrado cierta autoridad en la familia y ve en él un elemento hostil que viene a perturbar el ambiente familiar reorganizado. Señalemos también relaciones particulares en algunas jóvenes educadas durante largos años fuera del ambiente familiar. De vuelta a casa,

después de la pubertad, pueden establecer, como lo hemos comprobado en varios casos, relaciones incestuosas con el padre, idealizado durante mucho tiempo.

2.º El hijo del divorcio

El divorcio es un fenómeno psicosocial importante. En Francia, la proporción dada por Y. M. J. Chombard de Lauwe es de 1,2% de hombres divorciados contra 68% casados, y de 4,2% de mujeres divorciadas contra 56% casadas. En los EE. UU. se observa, según J. C. Westman y cols., un aumento progresivo del número de divorcios: 2% en 1940, 2,6% en 1950, 2,8% en 1968.

El problema del divorcio es el problema del matrimonio en sí, es decir, que depende del valor que se le conceda y de la aceptación y concesiones que implique. En principio, fruto del amor, el matrimonio tiene como meta acuerdo y participación, pero como creador del hogar representa idealmente una continuidad que permite a la pareja volver a encontrarse en los hijos que crea y una responsabilidad cuya evolución depende de la coexistencia, ya que los hijos dependen de los padres y se forman a través de ellos. El divorcio podría considerarse como un problema personal entre adultos con la intención de resolver conflictos correspondientes a un desacuerdo y a una inadaptación familiar. Pero de hecho, el divorcio es la legalización del fracaso y además la consecuencia de una situación perturbada en el hogar, la consecuencia de un "divorcio emocional" (J. L. Despert) que precede siempre al divorcio legal y que, desempeña en sí un importante papel destructor. De hecho, si quisiéramos establecer científicamente las consecuencias psicológicas del divorcio en los hijos, no tendríamos que establecer comparaciones con cualquier grupo de control, sino con un grupo constituido por hijos de familias en las que existe discordia emocional sin separación legal. Según J. L. Despert, el divorcio emocional engendra tensiones casi insoportables, y a menudo el divorcio legal es bien acogido; el shock quizás estremezca momentáneamente, pero la tormenta ha estallado y la atmósfera se ha clarificado. La pareja adulta se ha librado de una empresa desgraciada, y el divorcio puede proporcionar a los hijos una saludable modificación de sus vidas.

Según J. C. Westman y cols. (1970), el divorcio es un proceso y no un suceso. Un divorcio sobre todo modifica la forma de las relaciones familiares más que ocasionar un duelo brusco con su pena y su culpabilidad. La experiencia del divorcio en sí misma es menos patógena que la naturaleza de las personalidades de los padres y sus relaciones con los hijos.

C. Haffter (1960) hizo en Basilea una encuesta sobre la suerte de los hijos de 100 matrimonios no seleccionados, divorciados entre 1920 y 1944. Sobre 100 matrimonios destaca solamente 30 cuyos cónyuges eran maduros; la cuarta parte de los padres presentan anomalías psíquicas. Menciona que en Basilea es costumbre no separar a los hijos de una misma familia y de confiarlos todos a la madre, aún si es responsable del divorcio (adulterio, concubinato), exceptuando el caso de que presente trastornos psíquicos o del comportamiento. El autor está de acuerdo con esta norma, teniendo en cuenta el hecho de que la pérdida de la madre constituye, según él, en cualquier etapa del desarrollo, un trauma más grave que la pérdida del padre. Considera, además, que es perjudicial generalmente confiar la custodia de los hijos al padre, porque sólo excepcionalmente tiene las cualidades requeridas para asumir esta tarea. En los casos de incapacidad de la madre, prefiere confiarlos a la tutela de una familia o a un establecimiento, que garantiza a menudo un mejor desarrollo. En cuanto concierne a los derechos de visita, piensa que los derechos de la madre deben

estar más protegidos que los del padre, por el hecho de que las visitas de la madre son más valiosas para el niño que las del padre. Teniendo en cuenta únicamente el interés del niño, puede resultar aconsejable interrumpir las visitas paternales hasta que los conflictos provocados por el divorcio se hayan apaciguado. Para evitar cualquier chantaje posible, piensa que es necesario separar el problema del derecho de visita del de la pensión alimenticia. Considera aconsejable acudir al embargo de salarios en caso de falta de pago de la pensión alimenticia, para proteger la tranquilidad de la madre. A este respecto, es partidario de la solución sueca, por la que, en caso de dificultades, la madre recibe directamente la pensión alimenticia de la administración tutelar, que se encarga de percibirla del sueldo del padre. Haffter se opone "al prejuicio corriente de que el divorcio implica siempre una desgracia para los hijos". Revela que 100 de los sujetos piensan que el divorcio de sus padres no les ha sido desfavorable, contra 30 que piensan lo contrario. Aunque objetivamente la situación sea más compleja, piensa que en la mayoría de los casos el divorcio no es desfavorable, y desde luego preferible a un hogar deficiente por motivos de salud mental, alcoholismo, etc., que provocan entre otras una mala situación economicosocial, o simplemente a causa de un desacuerdo entre los cónyuges, que provocan en el niño sentimientos perjudiciales de inestabilidad.

Sin embargo, a pesar de lo que se diga, el divorcio en sí plantea problemas reales, porque como acto es para el niño la demostración de un desacuerdo irremediable, el comienzo de una batalla de la que suele ser el objeto, la fuente de actitudes equívocas por parte de los padres respecto a él, tanto desde el punto de vista financiero como afectivo del que no es más que un pretexto. Las posturas más características son la sobrevaloración afectiva de uno de los padres con respecto al otro, tendiendo, cada uno de ellos, a demostrar al niño que sólo él le quiere realmente. La importancia que uno y otro conceden al niño en el momento de la decisión suele depender de la situación misma y de su explotación, pero además los sentimientos que expresan aún siendo sinceros, están influenciados por su propia culpabilidad; a menudo no son más que la expresión de revivir antiguos conflictos personales.

J. C. Westman y cols. (1970) encuentran claras diferencias en las dificultades del desarrollo del divorcio entre los que tienen hijos y los que no los tienen. Las dificultades entre los antiguos cónyuges durante los dos años que siguen al divorcio están en relación con problemas de hijos y de dinero.

Hay que distinguir en las reacciones del niño frente al divorcio los fenómenos agudos de las consecuencias posteriores.

Si el anuncio del divorcio no es siempre el descubrimiento del desacuerdo conyugal, suele ser la revelación de una derrota ineluctable. El niño reaccionará bien por una emoción intensa o por una actitud de derrota en la que se siente implicado, bien por tomas de posiciones agresivas acompañadas de reacciones de abandono y de hostilidad. Descubre en ese momento todo lo insatisfactorio de la vida familiar anterior y que expresaba inconscientemente con trastornos caracterológicos o adoptando actitudes pasivas, fruto de los mecanismos de defensa; también presentará frecuentemente sentimientos de culpabilidad porque piensa que es la causa de la derrota familiar y tiene reacciones autopunitivas.

Según J. C. Westman y cols. (1970), los hijos tienden a deformar las razones del divorcio exagerado hasta el extremo de su propia contribución a la separación de sus padres.

Pero el tipo más habitual de reacciones es de orden depresivo y va acompañado de angustia; se manifiesta por la tendencia al aislamiento, el rechazo de alimentos, huida frente a la sociedad o también bajo la forma de terror y pesadillas durante la

noche. Otras veces el niño tiene reacciones de tipo caracterológico (ira, reacción de huida, etc.).

Las reacciones a largo plazo dependen en gran parte del modo de reacción familiar: elección del padre, que se hace cargo del niño; actitud del otro cónyuge, que suele abandonar sus responsabilidades; intervenciones más o menos acertadas de cada uno de ellos durante su vida. A menudo el niño, aun reconociendo el lado positivo de la persona que se encarga de él, utiliza al padre ausente que ha idealizado para contrarrestar la educación de la madre especialmente. En caso de nuevo matrimonio, la llegada del padrastro o de la madrastra puede plantear nuevas dificultades.

Según J. R. McDermott Jr., las reacciones a largo plazo de los hijos consisten en trastornos de la conducta. En el niño, el prematuro cambio de su rol en el marco familiar (a continuación del divorcio), juntamente con las imágenes negativas del padre impuestas por la madre, contribuye a la formación del "pattern" predehinciente.

Los problemas planteados por los hijos de matrimonios divorciados son completamente diferentes según la edad.

G. Brun considera que existen edades más vulnerables que otras en caso de separación. Pone de relieve que los niños en edad escolar sienten la necesidad de desempeñar el papel de protector de uno de los padres, principalmente cuando éste es muy dependiente e inmaduro o padece anomalías. Respecto a esto habla de "vinculación fóbica al objeto de amor temido". Para el niño pequeño, la madre es el elemento importante, pero desde un punto de vista jurídico se suele subestimar el rol del padre; un nuevo matrimonio precoz puede crear otro hogar eficaz. El niño mayor reacciona de un modo más evolucionado psicossocialmente, con mejor comprensión, desde el punto de vista intelectual, de los verdaderos problemas, pero sin aprehender por ello la realidad de sus conflictos inconscientes; las actitudes agresivas son más fuertes, las tomas de posición respecto a uno de los padres son más nítidas; no llegando a resolver sus propios problemas, este sujeto invierte al máximo (su energía mental y emocional) el grupo extrafamiliar, buscando así la mayor autonomía y aprovechándose de los sentimientos de cada uno de los padres.

J. L. Despert considera que el niño necesita saber, asegurarse; si el conjunto de la familia participa de esta cuestión, debe darse cuenta de modo especial (el niño) que pertenece a sus padres y pensar en ellos como en dos personas separadas. Este autor piensa que ciertos principios deben presidir las discusiones entre padres e hijos. Por esto, tiene que explicarse al niño que la decisión de separación se ha tomado a raíz de dificultades, exponiéndole tranquilamente los motivos para ayudarle a calmar su angustia. Además, será preciso explicarle que los adultos pueden equivocarse, que sus padres no son una excepción y que algún día aceptará la realidad de sus errores; esto forma parte de su desarrollo. Finalmente, es necesario que se convenza de que no debe reprochársele la separación de sus padres y que su desacuerdo no implica que deba distinguir entre el bueno y el malo. Ha de tener la seguridad de que sus padres le amarán a pesar de sus discusiones.

Los padres atravesarán la difícil situación de no poder participar en el debate más o menos inconsciente sobre su hijo, porque corre el riesgo de colocarlos en un enfrentamiento cuyo precio es su amor y de no menospreciar la imagen del padre ausente. Cuanta mayor conciencia tomen los padres de este estado de cosas, mayores serán las posibilidades de un porvenir satisfactorio para el niño.

Parece, dice J. F. McDermott Jr., que nuestra sociedad facilita un sistema legal y una palestra para obtener el divorcio, pero poca ayuda para afrontar sus consecuencias. El proceso legal puede contribuir a empeorar más bien que a ayudar a resolver

los problemas familiares, forzando a la mentira, a la culpabilidad, a la reprobación y a la búsqueda de la falta, que pueden finalmente hacer del niño una víctima y repercutir en la formación de su carácter.

3.º El hijo de padres enfermos

El estudio de las consecuencias de las enfermedades de los padres sobre los hijos, ha sido objeto de numerosos trabajos. Destaquemos el estudio de M. Rutter (1966), en el que hallaremos una importante revisión de la literatura y el futuro de investigaciones clínicas y estadísticas personales.

La deficiente salud física de ambos padres, según H. Langher y S. Michael, comporta un gran riesgo para la salud mental de los hijos. En realidad, todo depende de si la enfermedad afecta a los dos y es además de larga duración, en cuyo caso es preciso analizar la forma de asistencia de los hijos, la vida en el hogar, en casa de familiares o en una institución. Ocurrirá lo mismo si únicamente la madre presenta una enfermedad de larga duración porque ello supone también una reorganización de la vida familiar. Se ha de tener en cuenta la edad de los hijos.

La separación por causa de enfermedad física, el hogar deshecho, dice M. Rutter, pueden ser factores importantes en el desarrollo de trastornos en algunos niños (numerosos autores han destacado la frecuente delincuencia). Pero si la carencia de padres ha sido desfavorable, en el caso de enfermedad mental de uno de ellos, como indica M. Rutter, su presencia en el hogar es asimismo nefasta.

La enfermedad mental de uno de los padres parece (H. W. Hopkirk) necesitar a menudo la custodia de los niños a organizaciones extrafamiliares. D. W. Winnicott ha estudiado sobre la dificultad de tomar una decisión de separación: cada caso debe ser objeto de un estudio cuidadoso. Para J. Bowlby, según su frecuencia y su larga duración, las enfermedades mentales desempeñan con frecuencia un papel más importante que las somáticas, incidiendo en el número de hijos necesitados de cuidados, y son, de este modo, una causa frecuente de desadaptación. C. W. Buck y K. B. Laughton admiten, según estudios longitudinales, que hay una relación entre los trastornos psiquiátricos menores en la madre y los trastornos suficientemente fuertes en el niño, para justificar un estudio intenso de la cuestión por la investigación directa y a largo plazo de las familias.

La importancia que se concede a la herencia en los hijos de padres psicóticos ha dado lugar a numerosos trabajos. De hecho, es muy difícil distinguir lo que en principio es genético y lo que responde a la influencia del medio ambiente.

Según un estudio comparativo entre los padres de niños atendidos en una clínica psiquiátrica y un grupo de control, S. Wolff (1970) comprueba que las madres del primer grupo presentaban más enfermedades físicas y psiquiátricas, y que casi el 50% sufrían trastornos de la personalidad (histeria y sociopatía), contra un 20% en el grupo de control. Entre los padres de niños enfermos no se encuentran diferencias significativas en cuanto a enfermedades mentales; la única diferencia consistía en trastornos graves de la personalidad (sociopatía). S. Wolff piensa que estos factores corroboran la teoría que sostiene que la causa de los trastornos de conducta del niño reside más en el ambiente que en la genética.

Se conoce la existencia de trastornos mentales comunicados o simultáneos entre padres e hijos, y más especialmente entre madre e hijo. El niño suele ser más bien sujeto pasivo del delirio que agente inductor del mismo. En el primer caso, la separación acostumbra a detener la actividad delirante del niño.

Desde otro punto de vista, G. von Biermann ha estudiado la influencia nociva de un ambiente familiar esquizofrénico en el desarrollo psíquico de los hijos. Según este autor, las madres esquizofrénicas adoptan una postura ambivalente o incluso de rechazo completo del niño nacido en una de sus crisis psicóticas o que en este momento se halle el niño en su primera infancia. Pero pueden también desarrollar verdaderas relaciones emocionales con el niño pequeño, provocando en ellas un sentimiento de protección, bajo la forma de una "locura de dos". Esta relación entre una esquizofrénica y su hijo (comunidad neurótica en *coquille d'escargot* entre madre e hijo) llega a ser un problema a medida que este último crece. La separación del niño de los padres enfermos hace desaparecer rápidamente su sintoma psicótico. Según las investigaciones de este autor, en las familias de esquizofrénicos, 66% de los niños presentan trastornos del comportamiento; síntomas precoces, angustias e inestabilidad psicomotriz, así como también síntomas de agresión, de abandono que predomina en las familias seriamente afectadas. El test de Rorschach muestra síntomas precoces que hacen prever un desarrollo psicótico ulterior, pero las conclusiones sacadas de los exámenes y tests llevados a cabo en los hijos de esquizofrénicos, que no han llegado a la adolescencia, no han permitido descubrir alguna psicosis manifiesta.

A. R. Reisser y cols., en un estudio de 101 hijos de madres esquizofrénicas, 45 de madres psiconeuróticas y 78 de madres presuntamente normales, agrupados en función de la edad, del sexo y del nivel socioeconómico de los padres (estudio llevado a cabo en niños de 5 a 12 años), hallan una peor adaptación en los hijos de madres esquizofrénicas que en los de madres sin anamnesis psiquiátrica; subrayan que los hijos de madres esquizofrénicas padecen más desviaciones del comportamiento que los de las madres psiconeuróticas, sin que su estudio sirva para establecer valores estadísticos significativos. Las diferencias en el grado de adaptación en los hijos de estos tres grupos son relativamente insignificantes; destacan toda una gama de desviaciones del comportamiento en cada uno de los grupos; muchos hijos de madres esquizofrénicas parecen bien adaptados.

Es especialmente interesante el estudio de E. J. Anthony (1969) acerca de los hijos, uno de cuyos padres es psicótico. Anthony aísla en ellos varios tipos de perturbación, que describe de la manera siguiente:

- en un grupo de niños los trastornos parecen ser los precursores de una psicosis ulterior en el adulto. Estos niños tienen una estructura de la personalidad calificable de esquizoide, paranoide o cicloide en los de mayor edad, una tendencia a desequilibrios del pensamiento en forma amorfa o analítica, y aparecen en ellos episodios característicos de regresión, desconfianza o introversión extrema; estos episodios "micropsicóticos" duran de tres días a tres meses y pueden adoptar formas micro-esquizoides, microparanoides o hebefrénicas. Su separación del padre enfermo parece ser poco eficaz. La infancia de los psicóticos reactivos no parece caracterizarse por desarrollos episódicos; este tipo de niños tienden a ser persistentemente hiperexcitables, salvajes, indisciplinados, nerviosos y agitados.

- en un segundo grupo, el padre psicótico "impone" a uno de sus hijos ideas delirantes, alucinaciones y otros síntomas psicóticos. Estos desarrollos parapsicóticos pueden revestir la forma de una "locura de dos", de un síndrome de Ganser o una sucesión de estados crepusculares. Las condiciones que favorecen este clima comprenden una relación simbiótica entre madre e hijo, una inteligencia inferior a la normal en el niño, una identificación estrecha, de pasividad y de sumisión, y una notable identificación en las manifestaciones psicóticas del padre. Las reacciones parapsicóticas reflejan generalmente la enfermedad del padre, pero contrariamente a las reacciones prepsicóticas, tienden a desaparecer cuando se separa permanente-

mente al niño de los padres. (Estos tipos de trastornos se acercan a lo que algunos autores llaman "psicosis simbióticas").

— finalmente, un tercer grupo de perturbaciones va unido a la desorganización del ambiente del hogar (subcultura de la psicosis): negligencia en el desarrollo ambiental (padre hebefrénico o catatónico), con frecuentes problemas de comportamiento o de delincuencia en los niños; "desorganización organizada" en el ambiente paranoide, incorporándose la vida familiar al sistema delirante; inconsistencia, conducta caótica, comunicaciones contradictorias en el contorno "reactivo" ("irracionalidad ambiental"), cuya influencia perturbadora sobre la vida de los niños es muy grande.

Si consideramos exclusivamente la psicosis de uno de los padres como experiencia de *stress* para el niño, la intensidad de la reacción del niño está en función de la intensidad y del tipo de psicosis del padre, y de la vulnerabilidad del niño. Tienen importancia todos los factores habituales significativos en la etiología de los desórdenes por *stress*: la edad del paciente al iniciarse la alteración, la duración de su exposición, su intermitencia, la aparición de las rutinas corrientes, la presencia de un sustituto adecuado, las experiencias pretraumáticas del niño.

E. J. Anthony (1970) profundiza y amplía este estudio, mostrando el impacto ocasionado en la familia por una grave enfermedad mental o física de uno de los padres. En 1969, encuentra que del 5 al 10% de los niños con un padre psicótico presentan un cuadro de "supernormalidad". Por su parte, P. Bourdier describe la "hipermaduración" de los hijos de enfermos mentales, que clasifica en dos tipos clínicos predominantes: uno con brillante historial escolar, sobre investimento de las funciones intelectuales y del lenguaje, pero con repentinos desmoronamientos; otro, más resistente, caracterizado por la calma, el retraimiento, la limitación de los afectos, pero con un rendimiento escolar más modesto.

J. P. Spiegel y N. W. Bell han analizado los efectos de la evolución de la enfermedad mental y de la hospitalización en el grupo familiar. Al principio, puede no reconocerse el síndrome como patológico y, sin embargo, influir en el grupo familiar bajo la forma de inseguridad. En cuanto se reconoce el carácter patológico, puede alterarse la comprensión y el comportamiento respecto de la persona enferma e intentarse la reorganización de la familia, atribuyendo al enfermo un rol diferente, reestructurando la autoridad y los nuevos vínculos. El hecho de reconocer la enfermedad de un miembro de la familia puede reprimir los problemas emocionales de los otros miembros. El reconocimiento oficial y público de la enfermedad puede perturbar e incluso romper las relaciones extrafamiliares. Si se interna al sujeto, la familia puede tender a reorganizar su vida y establecer nuevas relaciones. A su vuelta, se encuentra forzado a adaptarse a la situación creada en su ausencia. A veces, otro miembro de la familia ha ocupado su puesto, por ejemplo, la hija mayor el de la madre, que se sentirá desposeída de su rol, y esto provocará nuevas formas de relación con sus hijos.

En un estudio comparativo entre un grupo de hijos de padres psicóticos y un grupo de control, R. Landau y P. Harth (1972) muestran, al igual que otros autores, la elevada frecuencia de psicopatología en el primer grupo, llegando a la conclusión de que los hijos de padres psicóticos deberían estar considerados como una población de gran riesgo. Así pues, se debería proporcionar a estos niños una ayuda importante y ofrecerles posibilidades de sostener relaciones a largo plazo con adultos estables.

4.º El hijo de hogares inestables

M. Porot describe en este grupo cierto número de trastornos familiares que, pese a no revestir el carácter espectacular de los anteriormente descritos, son a menudo

perjudiciales para el niño. Seguiremos la descripción que ha hecho este autor. Las discordias graves suelen influir con carácter definitivo en el niño. El espectáculo de la hostilidad entre sus padres, sus gritos, sus groserías y su intercambio de golpes no son el marco ideal para su identificación. Testigo de estas disputas, el niño experimentará, según sus preferencias, desprecio u odio hacia uno de los padres que así se degrada, o hacia ambos. Este sentimiento hostil corre después el riesgo de transferirse al plano social en todo lo que representaba la sociedad familiar.

En la investigación de M. Rutter (1971) sobre la relación existente entre discordia paterna y trastornos antisociales en el niño, incluso cuando el hogar no está roto, se ponen de manifiesto: 0% de trastornos en los niños de un "buen" matrimonio; el 22% entre los de matrimonio bastante bueno; el 39% en el caso de matrimonio muy malo.

Al lado de las discordias graves, existen tensiones latentes en las que el otro es siempre considerado como la persona incomprensiva o incapaz. El mantenimiento de una cohesión aparente crea un ambiente artificial en el que la unión llega a ser coexistencia y el hogar se deshace progresivamente. El niño percibe perfectamente esta hostilidad, que provoca en él un sentimiento de inseguridad. Frente a esta situación, los padres reaccionan con mecanismos de huida. Buscan una solución a sus problemas fuera de la familia y compensaciones en aventuras sexuales extraconyugales. El hombre puede huir también absorbiéndose en su trabajo, en el que se atrinchera no por placer, sino para evitar las relaciones. En cuanto a la mujer, la huida a través del trabajo o de obras benéficas puede también desempeñar un rol patológico, como la excesiva beatería o una religiosidad pomposa, y esto le permite, con tranquilidad de conciencia, desentenderse de las dificultades conyugales. A menudo, suele refugiarse en la enfermedad. El alcoholismo es también una forma de huida, y se da preferentemente en el hombre, pero también a veces en la mujer, que suele sustituirlo por otra toxicomanía. Como dice M. Porot, el niño es a la vez el medio y la víctima de la compensación buscada. Los padres recurren al niño para resolver sus problemas, bien bajo la forma de captividad patológica, que le anula e impide toda evolución hacia su autonomía, bien bajo la forma de rechazo total, o bien bajo la de preferencias injustas que encierran la relación fraterna, con distinciones entre "mi" hijo y "tu" hija, o a la inversa. Tanto el uno como el otro llegan, por mecanismos proyectivos, a crearse coartadas inconscientes que les permiten rehuir la responsabilidad del desarrollo familiar.

M. Rutter señala que en la práctica clínica es frecuente encontrar parejas muy trastornadas, uno de cuyos miembros se comporta de forma anormal, mientras que el niño conserva todavía una buena relación con el otro. Ello plantea la siguiente pregunta: ¿hasta qué punto una buena relación con uno de los progenitores puede compensar una vida familiar excesivamente perturbada en todos los demás aspectos?; los resultados del estudio demuestran que no es suficiente para suprimir los efectos desfavorables de la desavenencia conyugal aunque puede atenuarlos.

IV. — PROBLEMA DEL EMPLAZAMIENTO FAMILIAR DEL NIÑO

No podemos tratar aquí el conjunto del problema del emplazamiento familiar cuyas implicaciones son considerables: práctica social relativa a la elección de un techo temporal o definitivo para los niños cuyos padres han muerto o están incapacitados.

tados, práctica médica profiláctica y terapéutica relativa a la elección de sustitutos paternos en el caso de carencia de progenitores, y casi siempre prácticas medicosociales, por estar muy mezcladas estas cuestiones. El emplazamiento familiar puede ofrecer, sin lugar a dudas, una posibilidad al niño sin padres, pero implica evidentes riesgos cuando no se tienen en cuenta las condiciones psicosociales necesarias e indispensables para su eficacia, radicando las dificultades en varios aspectos, tanto en el hijo como en los padres nutricios o de sangre. La mayoría de las veces se trata de hijos traumatizados que los padres nutricios deben poder "adoptar" y sobre todo que éstos logren que "los niños los adopten". Tarea difícil que requiere cualidades excepcionales y que necesita un apoyo técnico y psicológico. Rogamos al lector que consulte obras especializadas (M. Soulé, J. Noël y F. Bouchard).

En cualquier caso, la ubicación familiar es un remedio necesario para salir del paso. Esquemáticamente, o los padres nutricios no están a la altura o, por contra, hacen nacer en el niño un fuerte afecto que puede terminar en una grave separación. Además, los frecuentes cambios de familia ocasionan "apegos" y "separaciones" sucesivas. Esto no significa que no haya buenos padres nutricios, pero ¿cómo los definiremos sin conocer perfectamente qué determina que un padre nutricional sea un buen padre putativo para cada uno de los niños, y sin conocer de manera precisa su modo de actuar?

M. David y G. Appell consideran que la situación familiar sin estructuras de marco adecuado es a menudo, como la situación en colectividad, vector de carencias; de ahí proviene el interés del análisis realizado por estos autores de la experiencia de Loczy, dirigida por E. Pikler, cuya opción es la siguiente: si el niño no puede ser educado por su madre la relación materna no puede ser reproducida, pero es posible ofrecerle, en el marco de una colectividad, una experiencia de naturaleza completamente diferente que favorezca su pleno desarrollo. A los autores les impresionó el rigor de la experiencia, la calidad, los constantes esfuerzos de todas las personas que toman parte, la autodisciplina, pero sobre todo el profundo interés de todos, no ya por los niños en general, sino por cada niño, así como el esfuerzo colosal desplegado para que encuentre lo más pronto posible una familia de adopción o la suya y esté en una excelente situación de la que pueda beneficiarse. En lo concerniente a los cuidados hay que subrayar que: nunca se trata al niño como un objeto sino como un ser que siente, observa, retiene y comprende o... comprenderá si se le concede la oportunidad; la niñera nunca tiene prisa y parece estar por el niño todo el tiempo necesario; salvo en caso excepcional, nunca se interrumpen los cuidados, terminando siempre al ritmo del niño lo que comenzó a hacer con él; cada cuidado evoluciona en la medida de los *progresos del niño cuidadosamente observados día a día*.

El método, que no podemos referir detalladamente, se caracteriza en que la niñera actúa en forma motora y gesticulante, consistiendo su preocupación esencial en utilizar desde la más tierna edad la participación del niño, en comprender sus movimientos a fin de cooperar con él y en verbalizar todos los cuidados. Este modo de hacer origina una especie de armonía entre los movimientos del niño y los del adulto. Aunque al leer este método pueda parecer a veces rígido, no se estableció a la ligera y tiene en cuenta el ritmo de cada niño. Como la rutina de todo el grupo se modifica en función de las observaciones cotidianas que permiten seguir la evolución de las necesidades, cada cosa llega la mayoría de las veces en el momento en que el niño está listo para recibirla según este método la actividad espontánea autoinducida que el niño prosigue libremente, de manera autónoma, tiene un valor esencial en su desarrollo; debe ser para él una fuente de placer renovada sin cesar,

sin que intervengan estimulaciones activas por parte del adulto. Se toman en consideración una serie de elementos para cada grupo de niños: el reparto del tiempo según el ritmo sueño-vigilia; el espacio en el que el niño se mueve, que va creciendo con él; el material de los juegos que tiene en cuenta las posibilidades locomotoras y manuales de los niños y corresponde a la evolución de su interés; las intervenciones del adulto, orientadas a mantener las condiciones óptimas para su actividad autoinducida, siempre con un apoyo verbal. A medida que los niños crecen, se introducen actividades que ensanchan el abanico de relaciones sociales y su campo de experiencia. Este trabajo sólo puede llevarse a cabo en equipo numeroso y estructurado, al que se asocian los padres en condiciones muy precisas. La salida de la institución sólo plantea problemas para los niños con más de ocho meses. M. David y G. Appell tienen la sensación de que los niños de 8 a 15 meses aún no tienen un afecto completamente personalizado hacia su niñera, mientras que más tarde no se puede evitar la ruptura de un afecto fundamental.

Aunque los niños tengan una relación privilegiada con la nurse, sólo aprehenden de ella su manera de ser con ellos; solamente la conocen en esta relación muy especial en que se entrega por completo a ellos, siempre del mismo modo. Asimismo están al abrigo de los trastornos afectivos profundos de su cuidadora puesto que ésta reacciona esencialmente en función de las necesidades e interés de los niños y no de su propia personalidad.

Es evidente que se trata de una experiencia excepcional que plantea muchos problemas, pues la institución consigue preservar a los niños de carencias graves. E. Pikler al hacer la catamnesis de 100 sujetos de 14 a 23 años que habían pasado por el Instituto, no encuentra síntomas demostrativos de trastornos de personalidad, característicos de una primera infancia pasada en una institución.

Como indican M. David y G. Appell, no se puede zanjar la cuestión de este "maternaje" insólito, pero la experiencia de Loczy parece apropiada para estimular nuestra reflexión e imaginación.

V. — PROBLEMAS PLANTEADOS POR LA ADOPCIÓN

La adopción plantea en cada país, problemas jurídicos particulares; en todas partes plantea problemas de salud que han dado lugar a numerosos trabajos (Reunión del Comité de Expertos de la O. N. U.-O. M. S. de 1953. Monografía de J. R. Wittenborn y de B. Myers, de Cl. Launay y M. Soulé, de J. Noël, de S. Lebovici y M. Soulé, 1970).

Según el comité de Expertos de la O. M. S., la adopción es el medio más completo para volver a crear relaciones y una familia al niño que carecía de ella. El mayor número de adopciones se lleva a cabo a partir de hijos ilegítimos, aunque se den casos de hijos huérfanos o procedentes de matrimonios que carecen de vínculos parentales con la familia adoptiva.

En principio, el fin de la adopción es responder a las necesidades del niño y permitirle encontrar, en una nueva familia, un ambiente afectivo satisfactorio que, al mismo tiempo, sea formativo.

Consideraremos dos tipos de problemas: el de los adoptantes y el del adoptado.

I. — LOS ADOPTANTES

Si antiguamente sólo se tenía en cuenta el aspecto material de la futura familia adoptiva, hoy en día se es más exigente; se desea conocer las cualidades afectivas de los futuros padres y los motivos de su deseo de adopción. El artículo 8 del Decreto número 64-486 del 10 de mayo de 1953, exige (en Francia) a los candidatos a la adopción "un atestado constatando que no parecen existir inconvenientes de orden psicológico para la realización del proyecto". Huelga decir que este examen medico-psicológico debe hacerse, para ser válido, por un equipo especializado (abarcando psiquiatra, psicólogo y asistente social) vinculado al dispensario del sector. Permitirá apreciar (después de la encuesta social positiva) la validez del deseo de adopción, la unidad de la pareja, su capacidad educativa, la relación de cada candidato con padre, madre y suegros, para evitar, como dice J. Noël, el riesgo del "hijo distracción", "hijo salvavidas", "hijo-colocación" y la atracción neurótica por los hijos deficientes, por ejemplo.

En la mayoría de los casos se trata de matrimonios estériles, y su motivación suele equivaler al deseo normal de tener hijos. Se ha demostrado, sin embargo, que otras veces la esterilidad es de origen funcional y que puede cesar después de una adopción. Según R. Knight, en estos casos la esterilidad responde al hecho de que la mujer, inconscientemente, procura tener relaciones sexuales fuera de los días en que se considera fértil. Una vez adoptado el niño, ya no se respeta esta preocupación. Aun si se considera que esta esterilidad funcional está en relación con el deseo inconsciente de no tener hijos, no se ha demostrado en estos casos que la adopción no evolucione de manera favorable. A veces, la adopción responde a la búsqueda de un niño como sustituto del hijo fallecido. Puede entonces no ser más que el símbolo del desaparecido y la relación con la madre adoptiva ser hostil inconscientemente. Si este amor por poder no da siempre resultados favorables, I. Josselyn ha demostrado que también en estos casos puede la adopción evolucionar con éxito. Como indica O. Flourmoy, también es útil saber cuáles son las opiniones de los padres adoptivos respecto a la ilegitimidad o al adulterio, y asegurarse de que podrán decirle al niño que ha sido adoptado y responder, sin vergüenza ni embarazo, a sus preguntas concernientes a los padres de sangre.

Para J. de Moragas es fundamental que el motivo de adopción sea el deseo de amar y no el de ser amado. En realidad, lo más deseable es el intercambio.

W. Spiel piensa, como la mayoría de los autores, que la interrelación del niño y de sus padres adoptivos es la base del éxito o del fracaso; prevé, entre otros, el riesgo de reacción neurótica ante la incertidumbre relativa al origen del niño.

Según C. L. Launay y M. Soulé, la edad más adecuada de los adoptantes se sitúa entre los 30 y 35 años. La situación más deseable es la de una pareja casada; los viudos o divorciados son a menudo excelentes padres adoptivos la reserva de un perfecto equilibrio afectivo. Algunos autores consideran que se deben descartar, por regla general, las mujeres jóvenes solteras, ya que la adopción suele ser neurótica y relacionada con cierto temor a la maternidad o a las relaciones sexuales. Otros consideran ser malas motivaciones: el interés, el llenar un vacío para personas que hasta entonces han vivido egoístamente, la adopción considerada como terapéutica para algunos neuróticos, las tendencias caritativas de orden neurótico.

Cuando los padres adoptivos quieren fundar una familia numerosa, tienen la ventaja de poder adoptar hijos de edad escalonada, como en una familia natural.

Todos los padres adoptivos querían tener seguridad en cuanto al normal desa-

rollo futuro del hijo que escogen. Un examen pediátrico previo permite eliminar las malformaciones importantes y las enfermedades congénitas. Una encuesta puede evidenciar la existencia de afecciones hereditarias en la familia de origen. En general, no hay motivo para pensar que los hijos ilegítimos tienen más posibilidades de estar tarados que los legítimos. Un gran número de autores han estudiado el problema de la previsibilidad del desarrollo intelectual del niño (L. B. Costin, J. W. McFarlane, H. Fradkin y D. Krugman); la mayoría piensan que es muy difícil prever durante los primeros meses de la vida del niño su desarrollo ulterior; algunos creen que no se puede pronosticar antes de los 4 o 5 años, y además, que el desarrollo va íntimamente unido a los primeros cuidados y al ambiente afectivo en el que ha vivido el niño en los primeros meses de su vida. Por estas dos razones aparece cierta discordancia en la edad de los niños escogidos porque, si por una parte resulta más fácil prever el porvenir una vez desarrolladas sus funciones intelectuales (para algunos autores, hacia la edad de 4 o 5 años), no debemos olvidar, por otra (y casi todos los autores coinciden en esto), que una hospitalización anterior o frecuentes cambios de padres nutricios son pronósticos desfavorables para su desarrollo. Un gran número de autores están de acuerdo en que se lleve a cabo la adopción entre los 3 y 6 meses o, por lo menos, antes del año. A una edad temprana los modos de relación madre-hijo son más estrechos y el afecto creado por esta interrelación es una garantía de desarrollo normal. Cuando se trata de adoptar lactantes, no es aconsejable lo que se ha llamado período probatorio, y el emplazamiento provisional en una institución, si es inevitable, debe ser de corta duración. Los padres que adoptan deben saber que, al margen de malformaciones, enfermedades neurológicas, existencia de taras hereditarias, fácilmente perceptibles, existen riesgos durante el desarrollo de todo niño y deben asumirlos cuando adoptan a uno.

Para L. Eisenberg, la búsqueda de lo perfecto en la adopción retrasa su acaecimiento; el pequeño incremento en la certidumbre no compensa el riesgo corrido mientras tanto.

Se ha planteado un problema particular relacionado con la adopción de niños minusválidos. Existe una diferencia entre el minusválido físico (retraso motor, malformación cardíaca, insuficiencia sensorial, etc.) y el minusválido mental. Estos últimos necesitan ser amados tanto o más que los otros, pero existen pocas parejas con aptitudes paternas suficientes para poder hacerse cargo de un deficiente de este tipo. Generalmente la deficiencia mental es la que peor se soporta. Actualmente, unos planes de estudio y exámenes permitirían eliminar cierto número de enfermedades metabólicas o degenerativas (véase capítulo sobre *Retraso mental*).

La adopción puede constituir un buen parto sin embarazo, con tal que sea una amalgama de acto gratuito y de donación en el único sentido de la aceptación. En el juego de ruleta que ofrece la vida se acepta la apuesta de la felicidad o de la desdicha que un niño puede reservar y se acepta el fruto de las entrañas de otra mujer. El que adopta debe afrontar su futuro como si el niño fuera el fruto de su propia fecundación.

II. — EL NIÑO ADOPTADO

La incidencia psiquiátrica en los niños adoptados parece no haber sido suficientemente estudiada. Según el estudio de 138 casos de situaciones difíciles durante la adopción, G. Heuyer, P. Desclaux y M. Teyssie destacan cierto número de trastornos neuropsiquiátricos: debilidad intelectual, inestabilidad, trastornos del carácter,

pero un estudio paralelo sobre el número total de niños inadaptados. examinados en la consulta, revela que solamente unos pocos son sujetos adoptados.

¿Cuál es el porvenir del niño adoptado?

La mayoría de los autores que han seguido longitudinalmente su evolución intelectual están de acuerdo en juzgar que se desarrollan normalmente (M. Skodak y H. M. Skeels) y que depende, a fin de cuentas, de la actitud de los padres adoptivos, de las sollicitaciones culturales y del clima familiar en el que el niño crece. En cuanto a su desarrollo psicosocial y afectivo, depende de múltiples factores, entre los que conviene destacar la actitud del padre adoptivo, a menudo perfeccionista en extremo y ansioso respecto a su porvenir, y también de la situación del mismo niño en su calidad de adoptado.

Según la revisión general establecida por J. J. Lawton y S. Z. Gross, es preciso admitir que los niños adoptados pueden tener problemas psicológicos, pero queda por demostrar que aparece en ellos una proporción significativa de perturbados. Destacan en su estudio trastornos emocionales que van desde la introversión extrema hasta cuestiones de dependencia manifiesta o de agresividad y turbulencia.

En este aspecto se plantea el problema de la *revelación de la adopción*. Cl. Lounay y M. Schalow piensan que resulta imposible imaginar que un niño pueda vivir toda su vida en la ignorancia de su condición de adoptado. Admiten que la revelación es generalmente fácil si el niño no ha alcanzado la pubertad y si encuentra en su familia adoptiva una seguridad semejante a la de un hijo de sangre en su propia familia. Las dificultades surgen en los casos en que no se ha consentido plenamente la adopción, en que la revelación se ha hecho a destiempo, y sobre todo cuando se lleva a cabo por otras personas que no sean los padres adoptivos. Para la mayoría de autores, el niño debe conocer su situación hacia la edad de 3 o 4 años, es decir, antes de empezar la escuela. Algunos consideran también que a partir del momento en que el niño empieza a hacer preguntas sobre el origen de los bebés, es aconsejable empezar a emplear la palabra "adopción" y decirle que ha sido elegido. M. D. Schechter es uno de los pocos que rebate lo acertado de la revelación entre los 3 y 6 años, por ser momento del apogeo del conflicto edipiano. El niño adoptado puede presentar en ese período dificultades de identificación, ansiedad respecto a la vuelta de los padres originales, miedo de ser abandonado por los padres adoptivos, factores que corren el riesgo de prolongar e impedir la resolución de conflicto edipiano. S. Tarachow menciona cierto número de casos de niños que han conocido tarde su condición de adoptados (justo antes de la pubertad) y que han manifestado su resentimiento y agresividad hacia los padres adoptivos, a los que después han abandonado. Otros autores han descrito las dificultades atravesadas por adolescentes por sujetos a quienes se ha revelado su condición durante el noviazgo o justo antes del matrimonio. J. J. Lawton y S. Z. Gross admiten con razón que la edad de la revelación no es el único problema. Es preciso saber también cómo responder a las preguntas que hará el niño y cómo describirle a sus padres naturales. La respuesta a esta última pregunta depende de la información que tienen los adoptantes. Lo que se puede decir acerca de los padres de sangre cuando se conoce su pasado es, para C. R. Collier y A. Campbell, no tanto una cuestión de terminología cuanto de actitudes y sentimientos comunicados al niño. Por otra parte, la necesidad que tiene el niño de información sobre sus padres naturales puede estar en función de la falta de identificación positiva con los padres adoptivos. Ciertos autores admiten que el niño debe aceptar el hecho de que sus padres reales le han rechazado; la aceptación de esta realidad le permite rechazarlos a su vez y liberarse para poder aceptar otros padres más amantes. A medida que crezca, será necesario, según O. Flournoy, recordárselo

de vez en cuando en circunstancias favorables, para que pueda siempre hallarse en situación de comparar la realidad con su vida imaginaria. S. Freud ha mostrado, bajo la denominación de *novela familiar*, que todo niño, cuando se da cuenta de que sus padres no son tal como él se los había imaginado, llega a pensar que ha sido adoptado. Así es como en la época del complejo de Edipo, un niño puede imaginarse que un padre con el que rivaliza no es el suyo, ofreciéndose de esta forma la doble ventaja de dar una razón de ser a su ambivalencia y de atenuar sus sentimientos de culpabilidad. Un gran número de autores citados por J. J. Lawton y S. Z. Gross, han tratado este problema de "novela familiar" en el niño adoptado, y algunos de ellos admiten que cuando aparece este fenómeno entre los 8 y 12 años, adquiere más fuerza en los casos de adopción; otros consideran que la fantasía de "novela familiar" se acentúa cuando el niño es rechazado por la madre adoptiva. M. D. Schechter piensa que el hijo adoptado tiene más probabilidades de dividir la imagen de sus padres y de atribuir las cualidades a una de las parejas y los defectos a la otra. Pero, según S. Freud, se supone que el niño no divide sus pensamientos entre dos parejas distintas de padres, sino que vuelve a la imagen de los padres que conocía anteriormente, es decir, a los mismos padres adoptivos, en la mayoría de los casos de niños adoptados. Ph. Greenacre admite que la cuestión se plantea en el terreno de la economía física. El niño adoptado vivirá en el mismo mundo imaginario que los demás, pero una considerable energía será debida a sus preocupaciones relativas a la adopción.

Generalmente es durante la adolescencia o en un período posterior cuando el sujeto investiga acerca de sus padres naturales, frecuentemente idealizados, y puede imaginárselos de un estrato social superior.

Del conjunto de estos estudios se desprende que los problemas descritos acerca del hijo adoptado no dependen exclusivamente de él, sino también de sus padres adoptivos y de sus relaciones interpersonales, en otros términos, del hijo adoptado en una sociedad determinada.

La anhelada ley francesa sobre reforma de la adopción del 11 de julio de 1966, tiende a salvar las dificultades encontradas hasta entonces y a favorecer en cierta medida una adopción "conforme al interés del niño". Aporta a los futuros padres adoptivos garantías formales no previstas en la legislación anterior y evitará en lo sucesivo dolorosos conflictos. En efecto, declara que el emplazamiento en base a la adopción se opone a toda restitución del niño a su familia de origen. Impide cualquier declaración de filiación y cualquier reconocimiento. Además, permitirá una mejor inserción del niño adoptado por el hecho de que: "la adopción confiere al niño una filiación que sustituye la originaria: el adoptado deja de pertenecer a su familia de sangre (...). El adoptado tiene, en la familia adoptante, los mismos derechos y obligaciones que el hijo legítimo (...). La adopción es irrevocable". Además, ofrece a los padres (de sangre) o a la madre (de sangre) dos garantías: en primer lugar, "el consentimiento para la adopción puede retirarse durante tres meses", esto es, un plazo para reflexionar; en segundo lugar, el tribunal comprueba si la adopción está de acuerdo con el interés del niño. Señalemos, además, desde un punto de vista doctrinal, que por primera vez un texto legislativo habla de "consentimiento para la adopción" en vez de "abandono".

Las nuevas disposiciones legislativas relativas a la adopción, puestas en vigor en Suiza el 30 de junio de 1972, son bastante parecidas a la ley francesa.

Actualmente, el riesgo de la adopción desde el punto de vista de la herencia orgánica (teniendo en cuenta que el plazo de tres meses se aprovecha para hacer exámenes completos) es semejante al que corre cualquier padre de sangre en la población normal.

Nos quedan pues, los trastornos del comportamiento y, sobre todo, los desacuerdos entre hijo adoptado y padres adoptivos, como lo indicábamos anteriormente. El conjunto de autores juzga que la prevención de este riesgo reside:

— en la adopción muy precoz (las estadísticas revelan que la edad media en el momento de la adopción es superior en los niños examinados en la consulta que la habitual para la adopción);

— en la cuidadosa elección de los padres candidatos a la adopción.

Reducido el riesgo, sería deseable que los organismos responsables de la adopción en Francia usaran ampliamente los poderes que les confiere la nueva ley y hagan de manera que las adopciones se lleven a cabo dentro de los plazos más favorables. A este respecto, Cl. Launay nos dice: "De hecho, la mejor adopción, tanto para los padres adoptivos como para los paidopsiquiatras, es la de los niños de muy poca edad, es decir, entre los 3 y 9 meses. La nueva ley no puede aportar ninguna solución a esto." El problema no es ya legislativo, es un problema de opinión pública que concierne a las nociones de consentimiento para la adopción y abandono. Mientras que la opinión pública francesa no acepte que una madre puede obrar beneficiosamente estimando que el hijo que acaba de nacer no podrá llevar una vida feliz, a no ser que sea adoptado; mientras el consentimiento a la adopción (y no el abandono de antaño) no sea admitido y disculpado, seguiremos viendo en Francia cada año miles de niños abandonados, que plantean problemas insolubles, mientras que miles de parejas deseadas de adoptar a un niño se ven en la imposibilidad de hacerlo por falta de niños adoptables."

VI. — LAS PSICOTERAPIAS FAMILIARES

Hace mucho tiempo, que se reconoce la importancia del rol de la familia en la psicopatología del niño. Paralelamente al tratamiento del niño, se establecieron psicoterapias de uno o varios miembros de la familia. E incluso en algunos casos bastó con tratar a determinados miembros del grupo familiar para mejorar el estado del niño.

Si se considera la familia como un todo, tanto si el trastorno proviene del conjunto, como de un subgrupo o de uno de sus miembros, en todos los casos son afectados el grupo y cada uno de sus miembros.

Incluso si se piensa que la enfermedad del niño no responde a un trastorno del medio familiar, sus repercusiones puede alterar la organización de dicho medio provocando su descompensación. Es necesario, pues, tener en cuenta a la familia cuando se aplica un tratamiento.

Desde este punto de vista, las investigaciones evolucionaron hacia terapias de la familia considerada como enferma. Las psicoterapias familiares se emplearon sobre todo en las familias de esquizofrénicos, especialmente por el grupo de Palo-Alto, y se extendieron a otras clases de trastornos. Estas psicoterapias se distinguen a la vez de las psicoterapias de grupo y de aquellas en que la ayuda a la familia es más fragmentaria.

Se encontrará una revisión crítica de los problemas planteados por las psicoterapias familiares (especialmente la participación de un niño, considerado como normal, en un grupo psicoterápico destinado a uno de los miembros adultos de la familia) así como los métodos utilizados en el trabajo de S. Lebovici, G. Diatkine y J. C. Arfouilloux (1969). Utilizadas de ordinario en los centros de tratamiento de adultos, las psicoterapias de grupo son para dichos autores utilizables e incluso necesarias en los centros de guía infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. — Obras completas. Payot, edit., 1966.
- Ackerman, N. W. — The role of the family in the emergence of child disorders. En *Foundations of child psychiatry*, págs. 509-533. Dir. por E. Miller, publ. Oxford, Pergamon Press, 1968.
- Ackerman, N. W. dir. — *Family process*. Basic Books, Nueva York, Londres, 1970.
- Ackerman, N. W., Papp, P., y Prosky, P. — Les troubles infantiles et l'engrenage pathologique des relations familiales, 218-241. En *L'enfant et la famille*; Anthony E. J., y Koupernik, C., dirs.; Masson et Cie, Paris, 1970.
- Allen, M., Pollin, W., y Hoffer, A. — Parental, birth, and infancy factors in infant twin development. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 127, 12, 1597-1604.
- Andry, R. G. — Family relationship, fathers, and the law. En *Foundations of child psychiatry*, págs. 555-590. Dir. por Emanuel Miller, Oxford, Pergamon Press, 1968.
- Anthony, E. J. — A clinical evaluation of children with psychotic parents. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 126, 2, 177-184.
- Anthony, E. J. — L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou physique chez un des parents, 118-147. En *L'enfant et la famille*; Anthony, E. J., y Koupernik, C., dirs.; Masson et Cie, Paris, 1970.
- Anthony, E. J., y Koupernik, C. dirs. — *L'enfant dans la famille*. Masson et Cie, Paris, 1970.
- Arlow, J. A. — The only child. *Psychoanal Quart.*, 1972, 41, 507-536.
- Arthur B., y Kemme, M. L. — Bereavement in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1964, 5, 37-49.
- Barbier, A. — Les mères de moins de 15 ans. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1961, 9, 489-496.
- Barry Jr., H., Barry, H., y Lindemann, E. — Dependency in adult patients following early maternal bereavement. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1965, 140, 196-206.
- Bateson, G. — Cultural problems posed by a study of schizophrenic process. En *Schizophrenia: an integrated approach* (American Psychiatric Ass. Symposium Nueva York), Ronald Press, N. Y., 1959.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley J., y Weakland, J. — Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sc.*, 1956, 1, 251-264.
- Baudouin, Ch. — *L'âme enfantine et la psychanalyse*. Delachaux et Niestlé, edit., Neuchâtel y Paris, 1931.
- Bauer, J.-P., Wetta, J. M., Bucher-Andlauer, Mme, Philonenko, Mme L., y Durand de Bousingen, R. — Le rôle du père dans la désadaptation universitaire. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1965, 13, 783-796.
- Bender, L. — *A dynamic psychopathology of childhood*. Thomas, Springfield, Ill. U. S. A., 1954.
- Bettelheim, B. — *Les enfants du rêve*. Robert Laffont, Paris, 1971.
- Bieder, J. — L'examen des adoptants. *L'inform. psychiat.*, 1966, 3, 241-247.
- Biermann, G. von. — Die seelische Entwicklung des Familienmilieu Schizophrene. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 1966, 97, 87-132, 329-360.
- Bigras, J. — Étude de la fonction du père au cours d'une psychanalyse d'enfant. *Evol. psychiat.*, 1966, 31, 547-579.
- Binder, H. — *Die uneheliche Mutterschaft*. Huber, Berna, 1941.
- Bourdier, P. — L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. (Observation clinique et hypothèses). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 1, 15-22.
- Boutonnier, J. — *L'angoisse*. P.U.F., Paris, 1945.
- Bowlby, J. — Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal. study child*, 1960, 15, 9-52.
- Bowlby, J. — Separation anxiety: a critical review of the literature. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1961, 1/4, 251-269. (Trad. franc.: *Psychiat. Infant.*, 1962, 5, 317-337.
- Bowlby, J. — *Attachment and loss*, vol. 1, *Attachment*. Hogarth Press, Londres, 1969.
- Bratfos, O., Eitinger, L., y Tau, T. — Mental illness and crime in adopted children and adoptive parents. *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44/4, 376-384.
- Brill, N. Q., y Liston, E. H. Jr. — Parental loss in adults with emotional disorders. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 14, 307-314.
- Brown, F. — Childhood bereavement and subsequent psychiatric disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 1035-1041.

- Brown, F., y Epps, P. — Childhood bereavement and subsequent crime. *Brit. J. Psychiat.*, 1966, 112, 1043-1048.
- Brun, G. — Prevention of mental disorders in children of divorces. En *Child psychiatry and prevention*. Hans Huber, edit., Berna-Stuttgart, 1964.
- Buck, C. W., y Laughton, K. B. — Family patterns of illness: The effect of psychoneurosis in the parent upon illness in the child. *Acta Psychiat. N. scand.*, 1959, 34, 165-175.
- Burlingham, D. T. — Twins: Environmental influences on their development. *Psychoanal. study child.*, 1946, 2, 61-79.
- Burlingham, D. T. — The relationship of twins to each other. *Psychoanal. study child.*, 1949, 3-4, 57-72.
- Burlingham, D., y Freud, A. — *Enfants sans famille*. P.U.F., Paris, 1949.
- Burstein, J. — Dispositions caractérielles et milieu familial dans l'évolution de l'enfant unique. *Psychiat. Infant.*, 1966, 9, 397-445.
- Cahn, P. — *La relation fraternelle chez l'enfant*. 185 págs., P.U.F., Paris, 1962.
- Campailla, G. — Le problème du rapport entre structure familiale et pathologie mentale. *Ann. Méd.-psychol.*, 1971, 2, 3, 321-348.
- Clancier, A., Jaccard, R. — *Parents sans défauts*. Hachette, Paris, 1971.
- Collier, C. R., Campbell, A. — Postadoption discussion series. *Soc. Casework*, 1960, 41, 192-196.
- Collomb, H., Valantin, S. — Famille africaine (Afrique Noire), 325-349. En *L'enfant et la famille*; Anthony, E. J., y Koupernik, C., dirs.; Masson et Cie, Paris, 1970.
- Collomb, H., Valantin, S. — Mères et familles multiples. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 1, 53-62.
- Cooper, D. — *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Tavistock Publications, Londres, 1967.
- Corman, L. — *Psychopathologie de la rivalité fraternelle*. Ed. Dessart, Bruselas, 1970.
- Costin, L. B. — *The history-giving interview in adoption procedures*. Soc. Casework, 1954, 35, 393-400.
- Cramer, B. — Sex differences in early childhood. *Child Psychiat. Hum. Developm.*, 1971, 1, 3, 133-151.
- Chombart de Lauwe, Y. M.-J. — *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*. C.N.R.S., Paris, 1959.
- David, M., y Appell, G. — *L'ôcy ou le maternelle insolite*. C.E.M.E.A., ed. du Scarabée, Paris, 1973.
- Demarest, E. W., y Winestine, M. C. — The initial phase of concomitant treatment of twins. *Psychoanal. Study Child*, 1955, 10, 336-352.
- Despert, J. L. — *Children of divorce*, 1953. *Enfants du divorce*. Trad. P.U.F., Paris, 1957.
- Deutsch, H. — Absence of grief. *Psychoanal. Quart.*, 1937, 6, 12-22.
- Deutsch, H. — *La psychologie des femmes*, 1945, 2 vols. Trad. P.U.F., Paris, 1949.
- Diatkine, R., y Favreau, J. A. — Le psychiatre et les parents. *Psychiat. Infant.*, 1960, 3/1, 227-259.
- Duché, D. L. — La carence de l'image paternelle. *Sauvegarde de l'enfance*, 1965, 20/4, 350-355.
- Dührssen, A. M. — *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Verlag für Medizinische Psychologie, 1963. Göttingen. Trad. esp. Psicoterapia de niños y adolescentes. Fondo de cultura económica, México, Buenos Aires, 1966.
- Duyckaerts, F. — L'objet d'attachement: médiateur entre l'enfant et le milieu, 219-245. En *Milieu et développement*; Duyckaerts, F., Hindley, M., y Zemleni, A. P.U.F., Paris, 1972.
- Duyckaerts, F., Hindley, C. B., Lézine, I., Reuchlin, M., y Zemleni, A. — *Milieu et développement*. P.U.F., Paris, 1972.
- Ehrenwald, J. — *Neurosis in the family and patterns of psychosocial defense*. Harper and Row, Nueva York, 1963.
- Eisenberg, L. — En discussion d'exposé de W. Spiel (véase este autor).
- Ellenberger, H. F. — Effets d'une maladie physique grave et prolongée d'un enfant sur sa famille. *Arch. suisses de Neurol. et Psych.*, 1967, 99, 348-390.
- Fédida, P. — Psychose et parenté (naissance de l'antipsychiatrie. *Critique*, 24/ 257, 870-895. Éditions de Minuit, Paris, 1968.
- Fénichel, O. — *La théorie psychanalytique des névroses*. P.U.F., Paris, 1953.
- Ferenczi, S. — L'adaptation de la famille à l'enfant. *Perspect. psychiat.*, 1972, 35, 7-16.
- Ferreira, A. J. — Family myths: the covert rules of the relationship. *Confinia Psychiatrica*, 1965, 8, 15-20.
- Flavigny, H. — Le rôle du père dans les troubles psychopathologiques de l'enfant: conclusions. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1965, 13, 769-770.
- Flourmoy, O. — L'adoption et ses problèmes. *Rapport présenté à la Société française de Psychanalyse* (dact.).

- Fradkin, H., y Krugman, D. — A program of adoptive placement for infants under three months. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 577-593.
- Genevard, G. — Destiné de l'enfant illégitime. Étude psychiatrique et sociale de 150 adolescents et adultes. *Thèse médecine, Lausana*, 1956.
- Haffter, C. — *Kinder aus geschiedenen Ehen*. Huber, edit., Berna, 1960.
- Haldane, J. B. S., y Smith, C. A. B. — Simple exact test for birth-order effect. *Ann. Eugen.*, 1948, 14, 117.
- Henny, B. — Indications de traitements des parents. En *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*, págs. 105-120. Masson et Cie, edit., Paris, 1965.
- Hesnard, A. — *Psychanalyse du lien interhumain*, 231 págs. P.U.F., Paris, 1957.
- Holman, P. — Family vicissitudes in relation to personality development. En *Foundations of child psychiatry*, págs. 535-553. Dir. por E. Miller, Pergamon Press, Oxford, 1968.
- Howells, J. G., ed. — *Theory and practice of family psychiatry*. Oliver et Boyd, Edimburgo y Londres, 1968.
- Huguenin, F. — *La situation sociale et économique des enfants à Genève*. Enquête faite auprès des enfants illégitimes nés et domiciliés à Genève depuis 1935. Travail présenté à l'École d'Études Sociales, Ginebra noviembre 1955 dact.
- Isaacs, S. — *Parents et enfants. Leur difficultés quotidiennes*. P.U.F., Paris, 1952.
- Isambert, A. — *L'éducation des parents*. P.U.F., Paris, 1960.
- Josselyn, I. M. — Cultural forces, motherliness and fatherliness. *Ann. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 264-271.
- Josselyn, I. — A psychiatrist looks at adoption. En M. Shapiro: *A study of adoption practice*, vol II. Publ. Welfare League of America, N. Y., 1956.
- Kaffman, M. — Troubles affectifs chez les enfants nés dans les "kibboutz" en Israël. *Psychiat. Infant.*, 1972, 15, 1, 201-215.
- Keith, Chs. R. — The therapeutic alliance in child psychotherapy. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/1, 31-43.
- Keller, J.-P., Bassand, M., y Goerg, D. — Aspects psycho-sociaux de la maternité et de la filiation hors mariage. *Ann. du centre de recherche sociale*, 1972, 1, 11-54. Institut d'Études Sociales, Ginebra.
- Kellmer Pringle, M. L., y Bossio, V. — Early, prolonged separation and emotional maladjustment. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1960, 1/1, 37-48.
- Kestenberg, J. S. — Phases of adolescence: part 1 et 2. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1967, 6, 426-614.
- Kestenberg, J. S. — Phases of a adolescence. Part. 3. Puberty growth, differentiation, and consolidation. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/1, 108-151.
- Knight, R. — Some problems involved in selecting and rearing adopted children. *Bull. of Menninger Clinic*, 1941, 5.
- Koupernik, C. — Aspects médicaux et psychologiques de l'adoption. *Concours médical*, 1962, 4115-4119.
- Krevelen, D. A. van. — Citado por J. Burstein.
- Lab, P. — L'enfant du foyer dissocié. *Psychiat. Infant.*, 1959, 2/2, 609-623.
- Lab, P., Marx, Y. — Les relations familiales et l'évolution des droits de l'enfant. *Psychiat. Infant.*, 1960, 3/2, 729-741.
- Lacan, J. — La famille. En *Encyclopédie française*. Ed. Larousse, 1938, ch. 8, 40-3 a 40-16.
- Laing, R. D. — *La politique de la famille*. Stock, Paris, 1972.
- Laing, R. D., y Cooper, D. — *Reason and violence*. Tavistock Publications, Londres, 1964.
- Laing, R. D., y Esterson. — *Sanity, madness and the family*. Tavistock Publications, Londres, 1964.
- Langher, H., y Michael, S. — *Life stress and mental health*. 517 págs. Collier, McMillan, Londres, 1963.
- Langsley, D. G., y Kaplan, D. M. — *The treatment of families in crisis*. Grune and Stratton, Nueva York, 1968.
- Laplanche, J. — *Hölderlin et la question du père*. P.U.F., Paris, 1961.
- Launay, Cl. — Le rôle des parents dans la genèse des maladies mentales chez l'enfant. *Hygiène mentale*, 1959, 48/5, 233-253.
- Launay, Cl. — L'abandon et le délaissement des enfants. *Presse méd.*, 1968, 76, 2163-2165.
- Launay, Cl., Soulé, M., y Veil, S. — *L'adoption, données médicales psychologiques et sociales*. 223 págs. Les Éditions Sociales Françaises, Paris, 1968.
- Lawton, J. J., Gross, S.-Z. — Review of psychiatric literature on adopted children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 11, 635-644.

- Lebovici, S. — Evolution morale et affective de l'enfant. *Vers l'éducation nouvelle*, 1948, 19, 10-15.
- Lebovici, S., y Crémieux, R. — A propos du rôle et de l'image du père. *Psychiat. Enf.*, 1970, 13, 2, 341-447.
- Lecourt, M.-P. — L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie. *Psychiat. Enf.*, 1971, 14, 1, 83-124.
- Le Gall, A. — *Le rôle nouveau du père*. Éditions E.S.F., Paris, 1971.
- Lemaine, J.-M. — Le rang dans la famille et le comportement social. *Ann Psychol.*, 1968, 68, 593-610.
- Levy, D. — A follow-up study of unmarried mothers. *Albany*, 1955, 36, 1, 27-33.
- Lézine, I. — Influence du milieu sur le jeune enfant, 259-307. En *Milieu et développement*; Duyckaerts, F., Hindley, C. B., Lézine, I., Reuchlin, M., y Zempleni, A., P.U.F., Paris, 1972.
- Lidz, T. — La famille: cadre du développement, 18-35. En *L'enfant dans la famille*; Anthony, E. J., y Koupernik, C., dirs.; Masson et Cie, Paris, 1970.
- Lidz, T. et al. — *The family and human adaptation*. Intern. Univ. Press, N. U., 1963.
- Lidz, T., Fleck, S., y Cornelison, A. R. — *Schizophrenia and the family*, 1966, Intern. Univ. Press. Inc., N. Y.
- Lidz, T., Fleck, S., Alanen, Y., y Cornelison, A. — Schizophrenic patients and their siblings. *Psychiatry*, 1963, 26, 1-18.
- Mac Farlane, J. W. — The uses and predictive limitations of intelligence tests in infants and young children. *Bull. Wld Hlth Org.* 1953, 9, 409-415.
- Mahler, M. S., y Furer, M. — Observation on research regarding the "symbiotic syndrome" of infantile psychosis. *Psychoanal. Quart.*, 1960, 29, 317-327.
- Maisonneuve, J. — *Psychosociologie des affinités*. P.U.F., Paris, 1966.
- Malmquist, C. P., Kiresuk, T. J., y Spano, R. M. — Mothers with multiple illegitimacies. *Psychiat. Quart.*, 1967, 41, 339-354.
- Marbeau-Cleirens, B. — *Les mères célibataires et l'inconscient*. Ed. Univ., Paris, 1970.
- Mauco, G. — *La paternité: sa fonction éducative dans la famille et à l'école*. Ed. Univ., Paris, 1971.
- Mauco, G., Rambaud, P. — Le rang de l'enfant dans la famille. *Rev. fr. Psychanal.*, 1951, 15, 253-260.
- McDermott, J. R., Jr. — Parental divorce in early childhood. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 124/10, 1424-1442.
- McDermott, J. F., Jr. — Divorce and its psychiatric sequelae in children. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 23, 421-427.
- Meerloo, J. A. M. — Assistance psychologique durant la grossesse et à la naissance. *Méd. et Hyg.*, 1966, n.º 760, 1306.
- Meerloo, J. A. M. — Le rôle psychologique du père. *Méd. et Hyg.*, 1968, n.º 814, 225-229.
- Mendel, G. — *La révolte contre le père*. Payot, Paris, 1968.
- Mendel, G. — *Pour décoloniser l'enfant. Socio-psychanalyse de l'autorité*. Paris, Payot, 1971.
- Menut, G. — *La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant*. Paris.
- Miller, L. — Child rearing in the Kibbutz, 320-346. En *Modern perspectives in international child psychiatry*; Howells, J., dir.; Oliver et Boyd Ltd., Edimburgo, 1969.
- Minuchin, S. — Le recours à un cadre écologique en psychiatrie infantile, 37-49. En: Anthony, E. J., Koupernik, C.
- Mishler, E. G., Waxler, N. E. — Family interaction processes and schizophrenia: A review of current theories. *Int. J. Psychiatry*, 1966, 2/4, 375-428.
- Moragas, J. de, 1962. — En: discussion de l'exposé de W. Spiel (véase más adelante).
- Muldworf, B. — *Le métier de père*. Casterman, Tournai, 1972.
- Nilsson, A., y Almgren, P. E. — Paranatal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. *Acta psychiat. scand.*, suppl. 220, 1970.
- Nash, J. — The father in contemporary culture and current psychological literature. *Child Develop.*, 1965, 36, 261-297.
- Noël, J. — *La sélection des parents adoptifs. Thèse médecine Paris*, 1959.
- Oberndorf, C. P. — Psychoanalysis of sibling. *Am. J. of Psychiat.*, 1929, 8, 1007-1019.
- Offord, D. R., Aponte, J. F., y Cross, L. A. — Presenting symptomatology of adopted children. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 20, 110-116.
- Osterrieth, P. — *L'enfant et la famille*. Les Éditions du Scarabée, Paris, 1967, 198 págs.
- Perron, R. — *Modèles d'enfants — enfants modèles*. P.U.F., Paris, 1971.
- Porot, M. — *L'enfant et les relations familiales*. P.U.F., Paris, 1959, 255 págs.

- Rabin, A. I. — *Growing up in the Kibbutz*. Springer Publishing Co., Nueva York, 1965.
- Raimbault, G. — Le médecin, l'enfant et la famille (Étude critique sur l'orientation théorique et technique d'un centre de psychoprophylaxie familiale). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1962, 10/5-6, 261-268.
- Rambaud, P. — Le rang de l'enfant dans la famille. *Journées Internationales des Centres Psychopédagogiques de Langue Française*, Paris, 1954.
- Reuchlin, M. — Les facteurs socio-économiques du développement cognitif, 69-136. En *Milieu et développement*; Duyckaerts, F., Hindley, C. B., y Lézine, A., dirs.; P.U.F., Paris, 1972.
- Richter, H. E. — *Psychanalyse de la famille*. Mercure de France, Paris, 1971.
- Richter, H. E. — *Parents, enfant et névrose*. Mercure de France, Paris, 1972.
- Rollins, N. — *Child psychiatry in the Soviet Union. Preliminary observations*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1972.
- Rosolato, G. — Du père. *Evol. psychiat.*, 1966, 31, 469-492.
- Rutter, M. — *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study*. Londres, Oxford Univ. Press, 1966.
- Rutter, M. — Parent-child separation: psychological effects on the children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1971, 12, 233-260.
- Schachter, M. y Roux. — Le profil médico-social et psychologie de l'enfant unique. *Études de neuropsychopathologie infantile*, fasc. 1, 1946.
- Schechter, M. D., Carlson, P. V., Simmons, J. Q. y Work, H. H. — Emotional problems in the adoptee. *Arch. gen. Psychiat.*, 1964, 10, 109-118.
- Sewall, M. — Some causes of jealousy in young children. *Smith coll. stud. soc. work.*, 1930, 1, 6-22.
- Skodak, M. y Skeels, H. M. — A follow up study of children in adoptive homes. *J. Genet. Psychol.*, 1945, 66, 21-58.
- Slavson, S. R. — *Child psychotherapy*. Nueva York, Columbia Univ. Press, 1952.
- Smalley, R. — The influence of differences in sex, age and intelligence in determining the attitude of siblings toward each other. *Smith Coll. stud. soc. work*, 1930, 1, 23-40.
- Soulé, M., Noël, J. y Bouchard, F. — *Le placement familial*. Les Éditions Sociales Françaises, Paris, 1969.
- Soulé, M. y Noël, J. — Les données actuelles de l'adoption. *Psychiat. Enf.*, 1959, 2/1, 269-300.
- Speers, R. W. y Lansing, C. — Some genetic-dynamic considerations in childhood symbiotic psychosis. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1968, 7/2, 329-349.
- Spiegel, J. — The resolution of role conflict within the family. *Psychiatry*, 1957, 20, 1-16.
- Spiegel, J. P. y Bell, N. W. — The family of the psychiatric patient. En *American Handbook of Psychiatry*, 1959, 1, 114-149.
- Spiel, W. — Psychohygienische Probleme der Adoption. En *Child psychiatry and prevention*. A. van Kreevelen edit., págs. 187-204. Verlag Hans Huber, Berna/Stuttgart, 1962, (5.º Congrès intern. de Pédiopsychiatrie).
- Spiro, M. E. — *Children of the Kibbutz*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1958.
- Sutter, J. M. y Luccioni, H. — Le syndrome de carence d'autorité. *Rev. Neuropsych. infant.*, 1959, 7, 115-129.
- Symonds, P. — *The psychology of parentchild relationship*. Appelton-Century, Nueva York, 1939.
- Szymanska et Koritowska. — Pronostic des troubles caractériels de l'enfance et de la jeunesse. *Enfance*, 1951, 4, 161-163.
- Tarachow, S. — Disclosure of foster parent-age to a boy: behavior disorders and other psychological problems resulting. *Amer. J. Psychiat.*, 1937, 94, 401.
- Touzard, H. — *Enquête psychosociologique sur les rôles conjugaux et la structure familiale*. C.N.R.S., Paris, 1967.
- Wallston, B. — The effects of maternal employment on children. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1973, 14, 81-95.
- Westman, J. C., Cline, D. W., Swifi, W. J. y Kramer, D. A. — Role of child psychiatry in divorce. *Arch. gen. Psychiat.*, 1970, 23, 416-420.
- Winch, R. F. — *Mate selection. A study of complementary needs*, 350 págs. Nueva York Harper, 1958.
- Winnicott, D. W. — Integrating and disruptive factors in family life. *Canad. M. A. J.*, 1961, 84, 814-818.
- Winnicott, D. W. — *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969.
- Winnicott, D. W. — *L'enfant et sa famille*. Payot, Paris, 1971.
- Wittenborn, J. R., y Myers, B. — *The placement of adoptive children*, 189 págs. Publ. Ch. Thomas, Springfield, Ill. U. S. A.

- Wolff, J. R., Nielson, P. E., y Schiller, P. — The emotional reaction to stillbirth. *Amer. J. Obstet. Gynaec.*, 1970, 108, 1, 73-77.
- Wolff, S. — *Enfants perturbés*. Denoël-Gonthier, Paris, 1971. (Trad. de: "Children under stress", Penguin Press, Allan Lane, 1969).
- Wolff, S. — Comportement et pathologie de parents d'enfants perturbés, 242-258. En *L'enfant dans la famille*; Anthony, E. J., y Koupernik, C., dirs.; Masson et Cie, Paris, 1970.
- Wolff, W. — *The personality of the preschool child*. Grune and Stratton, Nueva York, 1949.
- Wynne, L., Singer, M. — *Thinking disorders and family transactions*. American Psychiatric Association, 1964.
- Young, L. — *Out of wedlock*. McGraw-Hill Book Co. Inc., Nueva York, 1954.
- Zazzo, R. — *Les jumeaux, le couple et la personne*. P.U.F., Paris, 1960.
- Zellermayer, J., Marcus, J. — L'adolescence dans les kibboutz d'Israël. *Confront. psychiat.*, 1971, 7, 261-292.
- Zempléni, A. — Milieu africain et développement, 151-213. En *Milieu et développement*; Duyckaerts, F., Hindley, C. B., Lézine, I., Reuchlin, M., Zempléni, A. dirs.; P.U.F., Paris, 1972.
- *
* *
- L'enfant dans sa famille. VII^e Congrès de l'Association internationale de Psychiatrie infantile et professions alliées, Jérusalem, 1970. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 2, 127-205.
- Les mères célibataires. Número especial de *Informations sociales*, Paris, 1961.
- Le rôle du père dans les troubles psychopathologiques de l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, oct.-nov., 1965, 13/10-11, 729-828.
- Le Père*. Interprétation, 3, 1-2, enero-junio 1969, Montreal.
- Rapport du Conseil de l'Europe, Strasbourg* 1970: "La protection sociale et juridique des mères célibataires et de leurs enfants".
- Pour une réforme de l'aide sociale à l'enfance. *Texte du Rapport Dupont-Fauville et documents*. Les Éditions ESF, Paris, 1973.

CAPÍTULO XXIII

EL NIÑO Y LA ESCUELA

I. — EL NIÑO, LA ESCUELA, EL PROFESOR Y LOS PADRES

Para el niño, entrar en la escuela es entrar en un mundo nuevo en el que deberá adquirir progresivamente un determinado número de conocimientos cada vez más complejos, que le serán necesarios en una sociedad dada y cuyas bases (por lo menos) son indispensables para la futura formación de todo individuo. No sólo es una novedad desde el punto de vista psicológico general, porque desde entonces no sólo pasa de un sistema de conocimientos libremente adquiridos a otro fundado sobre cierto número de reglas de aprendizaje, sino también desde el punto de vista afectivo, porque la escuela implica una separación del medio familiar y de nuevas formas de adaptación social, en razón de la necesaria integración a un grupo nuevo, frecuentemente heterogéneo, distinto del ambiente parental y fraterno. La misión de la escuela es enseñar; la del escolar, aprender; deberá tratarse en principio, de una comunicación a través del deseo de saber del uno y la necesidad de enseñar del otro; pero existe hasta cierto punto una oposición entre la apetencia del niño y ciertos fines y métodos de rigor en la enseñanza. En efecto, el niño tiene sus necesidades propias; la sociedad, a través de la escuela, trata de inculcarle un modo de pensar conforme a su propia estructura. Desde hace mucho tiempo, determinados pedagogos reaccionaron contra esta tendencia tradicional de transmitir los conocimientos de manera autoritaria. Siempre chocaron contra la oposición del poder establecido (por no decir contra la de los padres a quienes la novedad asustaba) cuando se trató de reemplazar la noción de temor por la de motivación: motivación del niño por la escuela y de la escuela por el niño. Se introdujeron tímidamente algunos datos nuevos en las clases tradicionales, pero no parece que haya servido de gran utilidad en cuanto a mejorar la situación de la escuela en general y, en particular, de una enseñanza para la que es correcto satisfacer las necesidades de los exámenes tal como se conciben actualmente. El ideal consistiría pues en un completo cambio sincrónico de la enseñanza y de las formas de los conocimientos exigidas en los exámenes (si es que son necesarios), habida cuenta de las aportaciones de la psicología genética y del fracaso de la escuela tradicional (volveremos sobre ello más adelante).

Dado el modelo pedagógico actual, ¿cuáles son las motivaciones que sustentan el aprendizaje en el niño? Como demuestran B. Andrey y J. Le Men, estas motivaciones son de diversos tipos:

— Motivaciones de tipo social (la valoración del conocimiento dependiente de factores socioeconómicos o culturales de grupo), motivaciones frente a la familia (se considera el esfuerzo escolar como una manera de agradar a los padres, y las buenas notas son la contraprestación), motivaciones de los padres para quienes el modelo a seguir por el niño es: tener un año de adelanto, clasificarse entre los cinco primeros, llevar a cabo estudios sin incidentes y llegar a ser universitario a los 19 años. Como dicen B. Andrey y J. Le Men, resulta deplorable que se equipare el prototipo de hijo modelo al perfecto estudiante, sin tener en cuenta la realidad, porque sólo un 10% de hijos tienen posibilidades de satisfacer estos deseos.

— Motivaciones individuales del hijo; para algunos, el éxito escolar se valora en función de otros alumnos del mismo grupo y desencadena reacciones de amor propio y prestancia; pero solemos olvidar que también existe en el niño un deseo de saber y un gozo de aprender, sobre todo si se le presentan las cosas adecuadamente. Estos autores insisten en las etapas por que atraviesa el niño y que deben ir del juego al trabajo:

— Hasta los 7 años la escuela resulta un juego serio para el niño porque imita el trabajo de los adultos. A esta edad, la introyección de la personalidad de los "mayores" se lleva a cabo, esencialmente, por imitación del aspecto-exterior del otro.

— Entre los 7 y 10 años, volvemos a encontrar las motivaciones descritas anteriormente, es decir, satisfacción de amor propio, deseo de complacer, curiosidad; pero sólo persisten aproximadamente en un 25% de los escolares; la escuela es para los demás una tarea inevitable con algunos aspectos agradables, más vinculados al grupo que a la escuela.

— A partir de los 11 años, muchos preadolescentes consideran la escuela como una preparación directa a la profesión y el Instituto aparece como un medio de acceso a la cultura o se presenta bajo el aspecto de un medio de intercambio y comunicación, pero la característica de este período reside en el hecho de que el adolescente y el joven adulto distinguen claramente la diferencia entre el fin y el medio. Se aprueban el fin (acceso a la profesión y a la cultura), critican los medios a pesar de soportarlos.

El niño acepta, pues, la escuela por interés, por necesitar cierta autonomía o por considerarla como una aventura nueva y una posibilidad de hacer nuevas amistades. No cabe duda, sin embargo, que la separación al principio del período escolar, no resulta siempre fácil, porque no se trata sólo de abandonar el grupo homogéneo familiar sino de adaptarse a un nuevo mundo con fórmulas más rígidas, de tomar conciencia de una realidad nueva en la que se excluye hasta cierto punto la vida fantasmática, "no se está allí para soñar" (mundo competitivo, envidias nuevas, primeras vejaciones en público), de adquirir sus primeras responsabilidades desconocidas hasta entonces. De cualquier manera, el niño no logra siempre la aceptación del grupo escolar en el que pretende integrarse; parece ser que la aceptación no está en función de su grado de inteligencia sino de su madurez, de su capacidad de participación y de cierta ingeniosidad en las relaciones que dependen de hecho de la previa organización afectiva del niño. Sin embargo, los niños incapaces de adaptarse a grandes grupos heterogéneos, pueden hallar soluciones creando subgrupos homogéneos.

Finalmente, el elemento unificador importante en el grupo es el *maestro*, que es el adulto en el seno de esta nueva sociedad en donde representa el conocimiento y la autoridad. Según G. Mauco la pedagogía debería articularse sobre la expresión simbólica del alumno. Todo alumno llega con sus deseos, su historia, sus insatisfacciones, que se expresan mediante un simbolismo propio. Existen en él, dos personajes: el

inconsciente, que expresa los deseos profundos y el consciente que se expresa en el rol social. El maestro debe actuar en estos dos terrenos, y él mismo tiene que desempeñar dos roles: uno, el de transmitir sus conocimientos de manera pedagógicamente adecuada; otro, el de responder a las transferencias del grupo o de cada una de las personalidades del grupo con relación a sus propios problemas. La relación alumno-maestro dependerá, como dice G. Mauco, en gran parte, de lo que es el maestro inconscientemente, de su grado de madurez afectiva; de sus reacciones ante el comportamiento inconsciente del niño surgirá la índole del diálogo entre ambos. El niño es un símbolo cargado de resonancias afectivas en el inconsciente del adulto, es decir, del maestro; atrae inconscientemente lo que queda unido a su propia infancia, suscita el sadismo por su debilidad y el autoritarismo por su pasividad; excita la libido por su necesidad de ternura y la ansiedad por la falta de dominio de sus impulsos; proporciona un sentimiento de superioridad al adulto acomplejado; hace nacer la angustia en el masoquista expuesto a su agresividad. Como dice G. Mauco, es evidente que si el maestro permanece inmaduro repercutirá inconscientemente en la inmadurez natural del niño, pero si posee una madurez personal que le ha permitido resolver sus propias dificultades, podrá ayudar al niño a vivir y resolver las suyas. Este autor continúa diciendo que la elección de la profesión docente está frecuentemente orientada por deseos inconscientes; uno llega a profesor para permanecer en el mundo de la infancia y huir de la realidad de los adultos; otro busca una afirmación más fácil de sí mismo; otro, obedeciendo a tendencias homosexuales o sádicas inconscientes; algunos, en fin, por el deseo de desempeñar un rol de padre o por el de compensar una envidia fraterna reprimida.

Cada uno de nosotros tenemos nuestras razones inconscientes en la elección de nuestra profesión, pero la toma de conciencia de esta elección es capital cuando se trata de la enseñanza; de la responsabilidad sobre un conjunto de sujetos que van a vivir estas relaciones transferenciales con una agudeza tal que transferirán al plano escolar los problemas del ambiente familiar, a un maestro continuamente presente, mientras que el padre, a menudo, sólo lo está episódicamente. El maestro es el modelo de identificación a partir del momento en que se establece una comunicación entre él y el alumno, pero esto no puede ser comprendido más que a través de la reacción que provoca; si con un impulso positivo el alumno reacciona de modo negativo, el maestro corre el riesgo de reaccionar él mismo, en función de su propia fragilidad y de sus problemas personales, por una animosidad contra sí mismo, e incluso también contra el alumno con las armas que le da su posición jerárquica.

Es deseable que se establezca un verdadero diálogo entre el maestro y el alumno y no una forma de relación falseada por la creencia en una superioridad del adulto sobre el niño (inconscientemente considerado como inferior), forma de relación jerárquicamente verdadera pero efectivamente falsa, en el que uno es detentador del saber e ignorante el otro. Existe a menudo, por esta causa, un período en cuyo curso, el joven alumno que quiere manifestarse por la independencia, se encuentra confrontado con una cierta ambivalencia personal frente a su maestro que da y que, al mismo tiempo, impone y frena su creatividad desordenada. El maestro debe sentirse lo bastante cerca del niño para comprenderlo, pero al mismo tiempo debe saber guardar las distancias para controlar mejor sus afectos y poder analizar su relación transferencial. En su estudio "Pygmalion en la escuela", R. A. Rosenthal y L. Jacobson muestran la importancia que reviste para un niño el prejuicio favorable del maestro. Los autores introdujeron en cada clase de una escuela (del Curso Preparatorio a 6.º) un grupo de niños escogidos al azar según iban llegando y lo presentaron a cada maestro como susceptible de un desarrollo especialmente rápido. El prejuicio

favorable tuvo un valor de predicción; los niños de los grupos experimentales ganaron durante el curso más de 12 puntos en el C. I. contra 8 de los grupos de control. Los mejores resultados se obtuvieron en el Curso Preparatorio donde el maestro no estaba influenciado por la opinión de los maestros anteriores de los niños.

Los *padres* parecen ausentes de esta nueva sociedad que es la escuela; sin embargo, no sucede así. Si para el niño la escuela es un nuevo campo de experiencias en el que revive y asume sus problemas familiares bajo nuevas formas (y esto constituye una progresión en el cuadro de la evolución de la personalidad), para los padres, la escolaridad del niño representa una remisión de sus problemas personales; pueden sentir la escolarización como una separación, como un principio de autonomía del niño, como las primicias de la individualización socialmente aceptada, como una transferencia de autoridad oficialmente reconocida (el conocimiento que el niño adquiere le es ofrecido por otro), la nueva sociabilidad como un atentado a la unidad del grupo familiar. Todo esto se refleja a menudo en las actitudes ambivalentes de algunos padres, según los cuales el niño aprende cosas en clase, pero adquiere malos hábitos, en sus reacciones hacia la personalidad del instructor, juzgado ora demasiado autoritario y severo, ora demasiado permisivo porque "no conoce suficientemente al niño". Estas reacciones, a veces expresadas delante del mismo niño, crean en él un estado de perplejidad, de duda, e impiden frecuentemente una buena inserción. Esta actitud de los padres puede ser utilizada por el niño tanto contra la escuela como contra la familia. Pero, además, la escolaridad del niño despierta en los padres sus propios problemas escolares o ponen en evidencia, inconscientemente, sus propias ambiciones o sus deseos insatisfechos. Proyectan sobre la vida del niño su propia inseguridad, y sobre el maestro las dificultades que ellos mismo tuvieron en clase respecto a la autoridad; o transfieren sobre el maestro sus propias dificultades parentales, de ahí las exigencias de una buena escolaridad, o, al contrario, una desvalorización de los éxitos; de aquí también las reacciones a veces agresivas hacia el maestro, ya considerado como demasiado exigente, ya como demasiado permisivo. El éxito del niño es el ideal del Yo en proyecto, llegando a ser el niño el instrumento de este ideal. Si el fracaso puede sentirse como una derrota personal, puede también, en algunos, vivirse de una manera más o menos consciente (sobre todo cuando no es catastrófico), como una forma de asegurarse de no sobrepasar las capacidades propias de los padres. Los padres van, pues, a desempeñar un papel capital en la apetencia, la indiferencia del niño hacia la escuela o en su oposición.

La participación de los padres en el trabajo del niño es útil cuando se consiente libremente y cuando el niño encuentra en ella un apoyo y un detalle de afecto; pero esta ayuda puede sentirse como agresiva cuando es fruto de la obsesión de los padres y la nota de un perfeccionismo personal; el niño puede tener necesidad de esta ayuda en un momento dado porque se ha acostumbrado así, pero se rebela al mismo tiempo porque tiene la impresión de perder autonomía. La importancia de las aportaciones culturales familiares desempeña un papel en las necesidades de adquisición de conocimientos, pero si la identificación al padre, válida intelectualmente, es a menudo un factor positivo, algunos fracasos pueden también explicarse por el miedo de llegar a igualarse a él o la posibilidad de aventajarle.

Además, lo mismo que existe una rivalidad en el grupo escolar, pueden existir rivalidades referidas a la escuela en el grupo fraterno, pudiendo utilizarse los fracasos y los éxitos entre hermanos como formas contradictorias de relaciones con los padres.

II. — LAS DIFICULTADES ESCOLARES DEL NIÑO

Ni que decir tiene que este breve estudio no tiene valor de generalidad y que algunas dificultades en cuestión son fruto del tradicional modelo pedagógico y de su contexto psicosociológico del que no sabríamos disociarlas.

Estudiaremos sucesivamente la fobia escolar, los problemas generales del fracaso escolar, el retraso escolar, y los problemas psicosociológicos planteados por los niños superdotados. En lo que respecta a los deficientes mentales, que plantean un problema muy complejo, consúltense los capítulos "Retraso mental" y "Trastornos psíquicos por afectaciones cerebrales conocidas".

I. — LA FOBIA ESCOLAR

Si bien se conocía desde hace tiempo el absentismo escolar y el niño que hacía novillos, hasta 1941 no aislaron A. M. Johnson y cols., la fobia escolar, distinguiendo así, de un lado, los niños que presentan trastornos de la conducta acompañados a veces por tendencias delinquentes, y de otro, un grupo de niños que por motivos irracionales se niegan a ir a la escuela y resisten con fuertes reacciones de ansiedad o de pánico cuando se trata de obligarles. En efecto, el escolar fóbico desea ir a clase y tiene ambiciones escolares, mientras que al que hace novillos no le gusta la escuela y prefiere vagar por las calles. Con demasiada frecuencia se ha integrado en el grupo de la fobia escolar cierto número de trastornos que se enlazan al problema más vasto de la inadaptación escolar.

La fobia escolar parece más frecuente en el hijo único, y más en la muchacha que en el muchacho. Si para algunos autores el estatuto socioeconómico, el origen étnico, la afiliación religiosa, desempeñan poco papel en la génesis de la fobia escolar, nosotros creemos que esta fobia aparece más frecuentemente en los hijos de intelectuales y en los que pertenecen a familias de clase media, donde la necesidad de elevación social es muy manifiesta.

La frecuencia de la fobia escolar es muy variable y depende de los límites que se fijen a la misma definición de las fobias escolares. Parece, sin embargo, que está en progresión estos últimos años.

La edad de aparición se establece alrededor de los 5 y 13 años.

La inteligencia es más a menudo normal o superior a la normal.

1.º Cuadro clínico. — El cuadro más clásico es la crisis de ansiedad aguda ligada a las primeras frecuentaciones escolares, con rabia, cólera y oposición violenta, que se manifiestan sea en casa, en el momento de partir para la escuela, sea al regreso.

La ansiedad llega a hacerse somática: se expresa entonces por vómitos, dolores abdominales, cefaleas; estas manifestaciones desaparecen si el niño no va a la escuela o cuando regresa de ella. Esta sintomatología primaria puede ser utilizada secundariamente por el niño de una manera más o menos consciente. Utiliza igualmente mecanismos regresivos como la enuresis o la encopresis.

La crisis de ansiedad aguda (ansiedad de separación) está ligada más a menudo al principio de la escolarización; la somatización existen en todos los niveles de edad escolar, pero la verdadera fobia escolar aparece a una edad más tardía, entre los 8 y

10 años. Se caracteriza, bien por una fobia del aprendizaje, o por una fobia a la misma institución, o al maestro, o por un temor a las nuevas relaciones con sus camaradas. En este caso, tiene como consecuencia una mala escolarización acompañada de gran culpabilidad o una resolución de la fobia por la aceptación más o menos clara de fracaso. Es a esta edad cuando se encuentran formas fóbicas con "hacer novillos" (Cl. Launay), que no responden a la simple necesidad de callejear ni a una actividad lúdica ni a un placer, sino a una fobia propiamente dicha.

2.º Psicopatología. — Si la fobia escolar aparece a veces bajo la forma de un temor considerado como relativamente específico, otras veces se revela en el cuadro mismo de la escolaridad, pero se trata entonces de niños que presentan otros tipos de miedo —miedo a los animales, a los extraños, temor de visitar a personas de la familia, inquietud a propósito de la muerte, etc. (H. Bakwin).

Cuando el fenómeno de la fobia surge en el curso del acontecimiento escolar, se trata de un fenómeno circunstancial, en la medida en que representa un problema sociológico nuevo para el niño; cuando responde a una ansiedad nacida del temor de dejar su casa o su madre, sería preferible denominarlo "ansiedad de separación" y no exactamente fobia.

Numerosos autores han descrito factores desencadenantes, entre los que se pueden destacar: los cambios de escuela, los cambios de país, las ventajas obtenidas por el niño de una enfermedad, la enfermedad de los padres. Se trata de factores que evidencian la nostalgia de algún ambiente anterior sobrevalorado, los beneficios secundarios que pueden obtenerse de la hiperprotección materna cuando se está enfermo, la vinculación aún más notable hacia los padres cuando están enfermos.

De hecho, la fobia escolar no puede comprenderse más que con referencia a la situación cuadrangular — escuela-padre-madre-niño y sobre todo a la triangular padre-madre-niño. La escuela es el polo psicológico que, convirtiéndose en temor, se polariza en la imaginación a partir de la situación triangular y de la organización de la personalidad del niño.

Reemprendiendo en 1957 su estudio de 1941, A. M. Johnson admite que la fobia escolar aparece en el cuadro de una situación de dependencia mal resuelta entre la madre y el hijo, coincidiendo con factores precipitantes que provocan una ansiedad aguda en el niño. La fórmula de J. Rouart, "madre abrumadora-padre eclipsado", es bastante válida para un gran número de casos, pero otros autores han descrito otros tipos de *patterns* triangulares. Así, L. A. Hersov describe tres principales: madre superindulgente y padre pasivo dominados por un hijo obstinado y exigente; madre severa dominante y padre pasivo con un hijo tímido y medroso que es susceptible de rebelarse al llegar a la adolescencia; padre firme y madre superindulgente atados a un hijo obstinado y exigente.

L. Eisenberg según el estudio de una importante casuística de fobias escolares, destaca que todas las madres son ansiosas y ambivalentes. Hallamos en su anamnesis malas relaciones con su propia madre; lucharon para escapar a la dominación de una madre o suegra superprotectora; presentarían desde una edad muy precoz una hipersolicitud aprehensiva hacia el niño; volverían a experimentar a través de él su propia infancia desgraciada y su impresión de soledad y de incompreensión. Gran número de estas madres no tienen relaciones matrimoniales satisfactorias y encauzan su afecto hacia este ser, hijo y amante, que es a la vez su rehén y una trampa en la que han caído. Pero en este diálogo, que la madre quisiera que fuera monólogo simbiótico, el niño no es sujeto pasivo. Desde este punto de vista, podemos aceptar la dinámica madre-hijo como un círculo cerrado, que empieza por la superprotección materna y

la dependencia infantil, prosigue por una hostilidad infantil con ansiedad y contra-hostilidad materna, explosiones de rabia materna seguidas de sentimientos de culpabilidad, y termina por un nuevo aumento de la sobreprotección materna. Si, en conjunto, el modo de relación madre-hijo es fundamental, observamos que los padres proporcionan poco apoyo a su esposa. Están muy vinculados a su interés profesional que a su matrimonio, y su rol se limita frecuentemente a criticar el modo de relación madre-hijo.

H. Bakwin acepta una interpretación semejante y admite que al principio el niño no se asusta de ir a la escuela, pero sí de abandonar a su madre. Está preocupado por su inseguridad hacia el afecto de la madre y por el temor de que ella le abandone, o de que su padre, que en alguna ocasión ha podido amenazarla, pueda hacerle daño. La madre, por su parte, se agarra al niño como a su principal fuente de satisfacción afectiva. El comportamiento materno forma así parte integrante del cuadro clínico.

De cualquier manera, la actitud de uno u otro de los padres es ambivalente respecto al síntoma mismo y respecto a su tratamiento, porque encuentran en la negativa escolar una prueba del apego del niño.

Si S. Freud había señalado que el miedo a los exámenes, la ansiedad, se desplazaba de lo sexual a lo intelectual, M. Klein pone de relieve el rol de la escuela en el desarrollo libidinal del niño. Esta autora señala que la escuela obliga al niño a sublimar sus energías instintivas; su ingreso en la escuela representa para él nuevos objetos y actividades en los que debe poner a prueba la movilidad de su libido; este ingreso le obliga a abandonar una actitud femenina, más o menos pasiva, y anteponerle su actividad. Según G. Stewart-Prince, el cuadro conceptual sostenido por Mélanie Klein parece corresponder mejor al conjunto de hechos de las fobias escolares, porque la exploración analítica justifica el miedo a la escuela como una ansiedad de persecución, y el temor de abandonar la casa (madre) como una ansiedad depresiva. Empleando este cuadro de referencias formuladas por J. H. Kahn y J. P. Nursten, el factor desencadenante de las fobias escolares puede ser juzgado como una constelación de agresiones incrementadas que despiertan en el niño conflictos y ansiedades unidas en un principio a sus impulsos hacia la madre.

Para S. Agras la fobia escolar aparecería sobre un fondo depresivo, ansioso, inherente al niño, a uno de los padres, o bien a los dos. La forma más frecuente sería la tendencia depresiva de la madre con una patología familiar, en el niño, que le proporciona una impresión de abandono y acarreado, en cambio, una sobreprotección de la madre. A menudo, es la depresión primaria del niño la que produce la superprotección materna. J. H. Kahn y J. P. Nursten unen los síntomas de negativa escolar a tentativas de suicidio. En los dos casos, dicen, existe un elemento autodestructor con el deseo de herir a los que el niño está estrechamente vinculado.

De hecho, la fobia escolar descrita con referencia al objeto fóbico, es decir, la escuela, responde, a nuestro parecer, a organizaciones psicológicas diversas. La ansiedad de la separación desempeña un papel importante en el principio de la escolaridad, y suele persistir después o despertarse a una edad más tardía, pero también el temor de la escuela responde a menudo a mecanismos más complejos o bien de tipo reaccional depresivo, bien de tipo neurótico más organizado o más escasamente prepsicótico.

Si admitimos esta hipótesis patogénica, nos preguntaremos hasta qué punto el término fobia escolar es adecuado, porque de hecho no es la escuela lo que se teme sino la separación que produce angustia. Por esto, algunos autores han llamado "angustia de separación" a la fobia escolar. Esta última hipótesis parece adecuada para muchos casos al comienzo de la escolaridad, pero su patogenia es mucho más

compleja en un período más tardío, apareciendo el fenómeno, en este caso, durante las fases de descompensación depresiva (respecto a la escolarización) en una personalidad de tipo narcisista con elementos histeroides.

A E. J. Anthony le parece que el grupo de las fobias escolares es heterogéneo. Las fobias escolares pueden manifestarse en la pubertad o al comienzo de la adolescencia como trastornos graves y psicosis borderline; dicho autor observa la concomitancia de una patología familiar de cierta gravedad y especialmente de una depresión en la madre.

3.º *Postura que debe adoptarse y evolución.* — Si el problema se plantea en el plano de las relaciones madre-hijo, parece más normal ocuparse del problema emocional dejando de lado el problema escolar o resolviéndolo mediante una escolaridad en el grupo familiar. Sin embargo, unos autores piensan que es necesario volver a introducir lo más rápidamente posible al niño en el ambiente escolar normal o especializado, a no ser de llevar a cabo una acción psicoterapéutica en el niño y, de ser posible, en los padres.

De hecho, el *tratamiento de las fobias escolares* depende de sus formas y de sus características evolutivas. M. Sperling (1967) divide las fobias escolares en formas agudas y crónicas, y en formas inducidas y comunes (traumáticas). En el tipo inducido, la traumatización es insidiosa y procede principalmente de una relación patológica padres-hijo. En el tipo común, el principio de la forma aguda aparece a consecuencia de un traumatismo o de una serie de traumatismos y parece una neurosis traumática con la fobia escolar como síntoma. La elección del tratamiento a seguir depende del diagnóstico diferencial y de la edad del niño en el momento de iniciarse la fobia escolar (prelatente, latente, prepubertad o adolescencia). Estos factores determinan si se debe tratar al padre antes o al mismo tiempo que el hijo, por el mismo terapeuta o por uno distinto, si el tratamiento, en fin, debe ser el psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalítica a corto plazo. Se pone en duda el valor del tratamiento sintomático y la rápida vuelta a la escuela sin tratar la "neurosis total", de la que la fobia escolar es una manifestación.

S. Warnecke menciona una evolución relativamente favorable, mientras que J. C. Coolidge y cols., señalan que sobre 49 sujetos de edades comprendidas entre los 12 y 22 años que acudieron a la consulta por fobia escolar, entre los 4 y los 11 años, la mitad seguía manifestando síntomas tales como la aprensión crónica respecto a la escuela, aprensión exagerada o infundada respecto a los estudios y a los exámenes, aunque 47 de los 49 hubieran seguido sus estudios de una manera relativamente satisfactoria. Una de las características de este grupo era un comportamiento pasivo y dócil, así como una dificultad para hacer amistades.

II. — EL PROBLEMA PSICOPATOLÓGICO PLANTEADO POR EL FRACASO ESCOLAR¹

Como subraya C. Launay existen en la escolaridad francesa dos momentos en los que el niño entra en el ciclo del fracaso escolar, bien durante las primeras adquisi-

1. No trataremos aquí de los problemas de la dislexia, de la disortografía (véase capítulo "Lenguaje") y de las dificultades de aprendizaje de la escritura (véase capítulo "Psicomotricidad"). En cuanto a los problemas de cálculo, encontraremos una buena exposición del problema en el trabajo de C. Daurat-Hmeljak y R. Narlian y en "Troubles de l'apprentissage du calcul"; *Rev. de Neuropsychiatrie infantile*, N.º especial, 1970, 18, 1-2.

ciones básicas, bien después, a partir de los 9 o 10 años. Durante las primeras adquisiciones, los niños fracasan globalmente o electivamente en la lectura, escritura o cálculo:

— El fracaso en el curso preparatorio puede estar relacionado con una deficiencia intelectual y, en este caso, el retraso persistirá posteriormente; el niño intelectualmente normal puede recuperar después su retraso o presentar durante algunos años dificultades en una asignatura como consecuencia de malas adquisiciones básicas.

— Entre los 8 y 10 años, se trata sobre todo de un fracaso global, muy pocas veces de fracaso localizado o relacionado con el cálculo o la ortografía. Si cierto número de estas dificultades responden a errores pedagógicos, otros están relacionados con factores de orden físico (fatiga escolar, p. ej.), o de orden psicopatológico.

— El ingreso en primer curso no es sólo un cambio de "año", sino que necesita una modificación del modo de ser y del modo de hacer. En efecto, la enseñanza en la escuela primaria es dispensada por un solo profesor, requiere tareas precisas, poca iniciativa, un ritmo moderado de trabajo, mientras que la enseñanza secundaria, dispensada por varios profesores, provocará por este hecho una modificación del grupo, posteriormente del ambiente por relajación de la vigilancia, mayor libertad, un ritmo de trabajo más rápido. Esto da lugar a frecuentes fracasos. Como destaca C. Launay, la mayoría de los niños que fracasan están cogidos en el círculo vicioso del fracaso y cualquiera que sea su causa inicial, el hecho de fracasar produce habitualmente en él reacciones que dependen sobre todo de su carácter: apatía, turbulencia, inestabilidad y oposición. Sean cuales fueren sus reacciones, corren el riesgo de mantener o agravar, a medida que pasan los años, el fracaso inicial; toda la vida escolar permanece marcada por las primeras experiencias escolares.

Si el fracaso produce las consecuencias que acabamos de indicar, es oportuno conocer sus causas para poder evitarlas. Como hemos visto, estos fracasos pueden ser de orden escolar o desarrollarse por un déficit instrumental, pero también pueden corresponder a un trastorno de la personalidad en evolución. Esta última eventualidad es la que han estudiado J. Rouart, R. Narlian y J. Simón. Estos autores, cuyo razonamiento seguiremos, considera que en este caso el síntoma escolar es una especie de sustitución de un conflicto psíquico menos aparente, pero que afecta a toda la personalidad; intentan comprender lo que significa en la existencia del niño y para ello percatarse de las vicisitudes particulares de su desarrollo en función de su entorno en esa época de su vida.

Los niños enviados a la consulta del servicio medicopedagógico, por los maestros o por los padres (niños considerados antiguamente como insuficientes intelectuales, perezosos o abúlicos), son actualmente considerados como sujetos que presentan trabas para la adquisición de conocimientos, generales o electivos, o perturbaciones para utilizar lo adquirido. Más o menos conscientemente, las familias y los maestros se dan cuenta de que el problema escolar no suele ser más que la manifestación de un trastorno de la personalidad.

Puede tratarse:

De una *rotunda negativa escolar* que a menudo se manifiesta tanto en el medio familiar como en el escolar y otras veces únicamente en el medio escolar. Frecuentemente, se trata de una oposición que parece consciente, y considerada como tal por el sujeto, aunque mal formulada; la oposición escolar puede ser una forma camuflada de reacciones contra los padres expresadas a través de la escuela, que adquiere por ello mucho valor. La negativa escolar puede aparecer en distintas circunstancias (J. Rouart):

— al principio de la escolaridad el niño no quiere separarse de la madre y reacciona, mediante cólera y enfurruñamiento o desinterés, hacia la clase; hay que distinguir esta forma de la fobia escolar, porque en ella no aparece la angustia (por otra parte, la fobia no afecta a los temas de enseñanza);

— durante la escolaridad, como reacción contra una herida narcisista, consecuencia de un fracaso en el niño poco dotado, o colocado en una clase sin tener los conocimientos básicos previos;

— puede estar englobada en una oposición caracterial, a menudo reaccionaria contra un medio familiar difícil o mal constituido, traduciendo una perturbación más profunda de la personalidad;

— posteriormente, en el período puberal o adolescente, la negativa se presenta como una reacción contra la figura paterna, como una dificultad para superar al padre.

De una **negativa escolar pasiva**, que se caracteriza por una falta de apetencia, que provoca una falta de iniciativa. Se atribuye a dificultades con el maestro o a reacciones ante un fracaso, pero puede responder a posturas regresivas que rebasan el problema propiamente escolar. A menudo se trata de reacciones para evitar el fracaso. Esta pasividad puede ser global, pero también podemos observar que el niño presenta un desinterés preferencial por todo lo que representa un aprendizaje. Se trata de niños que aceptan escuchar y asimilar por esta vía, pero que rehúsan cualquier aprendizaje impuesto y que a menudo participan de forma activa en cualquier actividad con cierta apariencia extraescolar. El desinterés por algunas asignaturas no es raro, se trata frecuentemente de asignaturas en las que el sujeto encuentra dificultades, o bien asignaturas que los padres consideran como esenciales. Esta actitud pasiva puede producir reacciones represivas (por parte de los maestros o de la familia) que satisfacen el deseo de castigar al niño, pero que pueden acompañarse de derrumbamiento, o bien que los padres se encarguen de la enseñanza (lo que a menudo busca el niño), cuyos resultados son frecuentemente nefastos por crear un estado de dependencia de la madre con relación al niño. reacciones inoportunas en los casos de madres ambivalentes que viven esta actividad como una obligación y no transigen en las pequeñas faltas del niño.

Al lado de las formas de desinvolvemento del aprendizaje, en las que el sujeto es más o menos consciente de su falta de esfuerzo y de su desinterés, conviene describir los **síndromes de inhibición intelectual** durante los cuales, como dicen H. Danon-Boileau y P. Lab, el niño sufre por no poder dedicarse a una actividad intelectual a menudo violentamente deseada. El sujeto intenta trabajar, se empeña en ello, pero sólo consigue resultados decepcionantes. El niño se siente como bloqueado ante la tarea por realizar, desconcertado, intenta en vano volver a empezar, pero, como si otra persona o su otro yo juzgaran su capacidad de cumplimiento o de planificación, se sentirá a la vez como reo y como testigo de su ineficacia; esto produce en el momento de la actividad misma un estado de tensión angustioso con fatiga, cefaleas, que aumentan al reemprender la actividad. A veces, se desliga por el ensueño, se evade de la realidad, parece ausente. La inhibición intelectual tiene un sentido distinto según la edad y también según las estructuras de la personalidad. Puede vivirse la inhibición como un fenómeno parásito del pensamiento (obsesión) o como un accidente procedente del exterior (fobia e histeria), o bien identificada con una disminución de todo el individuo, que afecta a la persona profunda e irreparablemente, y que acompaña a los estados depresivos (H. Danon-Boileau y P. Lab). Trastornos tales como los trastornos de fijación o deficiencias de atención pueden constituir a veces reacciones de escape del proceso de inhibición.

Sin embargo, hay que decir que estos dos tipos de trastornos suelen ir ligados a la inestabilidad psicomotriz, que puede deberse a la conjunción de una necesidad motriz algo exuberante y de una forma escolar demasiado constreñida desde el punto de vista motor (C. Launay), o bien puede representar una forma de defensa contra la ansiedad que marca la relación con el prójimo (la agitación es un medio de huir el contacto con el entorno); la labilidad de la concentración parece ser el resultado de algún fallo energético, movilizándose el potencial energético para intentar contener la atención, desfallecimiento provocado por conflictos manifiestos con el entorno o por conflictos interiorizados (J. Rouarte). Pero a veces esta labilidad de fijación o de atención puede ser episódica; aparece hacia el final de la clase y puede relacionarse con la fatiga.

También debemos conceder importancia a las dificultades escolares por trastornos del carácter, que suelen ir acompañados de turbulencia, cólera, reacciones contra los maestros y contra los condiscípulos. Podemos, con J. Rouart, describir dos formas:

— Forma que responde a una reacción ante un conflicto actual, una situación que el sujeto soporta mal y cuya elucidación puede hacerse rápidamente; forma que tiene buen pronóstico, a condición de que se modifique algo.

— Forma con descarga emocional realmente incoercible, manifestaciones psicopatológicas que recogen mecanismos muy arcaicos (que aparecen durante el examen del niño), culpabilidad a menudo intensa unida a provocaciones destinadas a desencadenar reacciones punitivas del prójimo y del ambiente familiar mal estructurado y con un control emocional mediocre.

Entre los alumnos alborotadores debemos describir un tipo particular, el del niño discordante que hace el títire y cuya actitud de payaso no suele ser más que una reacción de reafirmación y de exhibición tras la que hallamos una ansiedad extremadamente notable con un temor de desintegración de tipo prepsicótico.

Al estudiar las dificultades y los fracasos escolares nos damos cuenta que lo que observamos en este nuevo universo, que es la escuela, se parece mucho a lo que hemos descrito fuera de su ambiente. Si el grupo escolar se parece en numerosos rasgos al grupo familiar, y si estamos de acuerdo en que el niño puede reproducir en la escuela las actitudes que adopta de su familia; si la maestra representa simbólicamente el rol de la madre y los demás alumnos el de los hermanos, esto no impide que el niño considere que esos roles no son equivalentes; separa a menudo los asuntos de la escuela de los de la casa; a pesar de poder vivir el rol de la maestra como si fuera el de una madre, se encuentra dividido por la existencia carnal de dos madres simbólicas, y esto plantea problemas en el plano de la relación (problemas particulares en sí y diferentes del de la buena y mala madre desde la edad preescolar); el poder de captación natural de una y otra puede aparecer diferente. Si a veces existe confusión u oposición entre una y otra, también existe a veces reparto. De la misma forma, las relaciones con los otros escolares no tienen las mismas características de grupo que las del ambiente fraterno. Si el niño representa en la escuela la misma comedia o la misma tragedia que en la familia, la representa en un marco nuevo con vestidos distintos y con reglas particulares; especialmente cuando revive sus conflictos impulsivos en el marco de la escuela, el campo de experimentación es distinto.

Es evidente que la inadaptación que experimenta no está sólo relacionada con el grupo escolar. El marco en que se desarrollan los conflictos desempeña a menudo un rol menos importante que la modificación introducida por la escolaridad y la edad en la que tiene lugar.

III. — EL RETRASO ESCOLAR

El retraso escolar puede depender del potencial intelectual de un individuo determinado, pero no siempre es así. Es necesario señalar la existencia de una frecuente discordancia entre nivel intelectual y nivel escolar, puesta en evidencia por tests especializados. Por razones sociales, el retraso escolar ha llegado a ser un verdadero problema familiar. En cuanto hallamos una discordancia entre nivel intelectual y nivel escolar, tenemos actualmente la tendencia a conceptuar este desfase como un trastorno afectivo o de las funciones llamadas instrumentales, mientras que muchos de estos retrasos están en relación con:

- una falta de continuidad en la enseñanza (cambio de escuela, absentismo, cambio de maestro) con la consiguiente insuficiencia de los conocimientos básicos que el niño no puede compensar con la inteligencia;

- malos métodos o falta de individualización de la enseñanza (muchas veces necesaria para determinados niños) debida a clases abarrotadas.

Con toda seguridad, la utilización de métodos más adecuados, la disminución del número de alumnos por clase, una ayuda especial en determinadas materias para los niños que no tienen suficiente base junto con una valorización de la profesión pedagógica contribuirían, mediante una pedagogía válida, a que la educación recobrara su sentido y la reeducación sus límites.

III. — LA ESCUELA EN TELA DE JUICIO

La escuela en Francia nos servirá como ejemplo.

¿Qué tenemos derecho a esperar de la escuela y qué debe aportar la misma a los niños?

La incidencia de la institución en 1882 de la escolaridad primaria gratuita y obligatoria hasta los 13 años, sobre el número de alumnos de la enseñanza primaria ha sido escasa. De 1875 a 1914, estos efectivos sólo aumentaron en 1.000 alumnos. La repercusión sobre los alumnos de la enseñanza secundaria fue mínima. Cuando en Francia se instituye la gratuidad de la enseñanza secundaria en 1925, 43 años después que la primaria, "la enseñanza propiamente secundaria, tanto pública como privada, no llegó a 15.000 alumnos" (A. Prost). Así pues, los progresos fueron muy lentos. ¿Qué comprobamos después de la prolongación de la escolaridad obligatoria hasta los 13 años (1936), luego hasta los 16 (1967) con posibilidad de bifurcar en la secundaria?

Las estadísticas oficiales permiten observar que la prolongación de la escolaridad hasta los 16 años no condujo prácticamente más que a la prolongación de la escolaridad primaria, al menos por ahora. Sólo pasan a la secundaria los niños que lo habrían hecho con o sin prolongación de la escolaridad, es decir los niños de las clases psicosociológicamente privilegiadas. En 1968 se otorgaron 170.000 "bachilleratos". Es decir (escriben C. Baudelot y R. Establet), si mediante un cálculo, se añade esta cifra al efectivo medio de las generaciones en edad de pasar el bachillerato aquel año (872.000) se obtiene $170.000/870.000 = 19,5\%$.

Pero no es este nuestro propósito. ¿Qué hay del ciclo primario?

Para los años anteriores a la prolongación de la escolaridad obligatoria hasta los 16 años (1967) es difícil emitir cifras precisas, pues los datos estadísticos son fragmentarios. No obstante, las investigaciones psicotécnicas del Laboratorio de Psicología Aplicada del Ejército de Tierra referidas al contingente aportan alguna idea. Este servicio anuncia, para 1963, que el 66,64% de franceses de 18 años de edad tendrán un nivel escolar inferior o igual al certificado de estudios primarios. En 1962-1963 el 1,2% de reclutas no saben leer ni escribir; el 25,8%, pese a saber leer y escribir, no tienen el nivel del C. E. P.; la cuarta parte de este 25,8% puede considerarse como semianalfabeta

(G. Thuillier: N.º de mayo de 1967 del *Droit Social*). Para este mismo año 1963, el Informe Missoffe adelanta, en un estudio referente a jóvenes de 15 a 24 años, que el 76% de los mismos tienen como máximo el C. E. P.

M. Stambak y M. Vial señalan que las actuales estadísticas del Ministerio de Educación Nacional muestran que más del 50% de los niños no superan la escolaridad primaria en cinco años. En 1969-1970, en el curso medio 2.º año, el 46,02% de los niños llevaban uno, dos, tres o cuatro años de retraso (tabla del Ministerio de Educación Nacional). Conviene precisar aún que estos números no tienen en cuenta los niños colocados en clases especiales (2,7% de la población escolar). Generalmente se estima que el 60% de los niveles repiten al menos una vez en el transcurso de la escolaridad elemental (*Service Central des Statistiques et Sondages*. Notas de información N.º 93, 19 marzo 1971). En lo concerniente a la repetición del curso preparatorio, diversos cálculos efectuados sobre las estadísticas nacionales (Mme. Pottier en 1968, P. Blot en 1969) llegan a un porcentaje variable de 26 a 34%. A grosso modo, un niño sobre tres repite el C. P. También hay que observar que algunos niños son admitidos en C. E. I., sin alcanzar un nivel de lectura que les permita seguir con aprovechamiento esta clase, estando la decisión de pasar o repetir supeditada muchas veces a consideraciones administrativas y circunstanciales que nada tienen que ver con la psicopedagogía (C. Chiland).

Cuando se conoce la importancia de un buen comienzo sobre la escolaridad entera, se comprende por qué son tantos las dificultades y los fracasos. Sea lo que sea, ya no se trata de invocar un fenómeno individual sino (como ya hemos dicho) de tener que admitir al mismo tiempo que prácticamente la mitad de la población escolar está compuesta por sujetos "anormales" y que la "norma" se establece a partir de una sola "élite". C. Chiland tiene razón al decir que "no se puede considerar que un curso escolar sirva para la población en general cuando las dos terceras partes de los escolares no llegan a seguirlo".

Sin pretender negar la existencia de casos patológicos, resulta muy peligroso "medicalizar" por no decir "psiquiatrizar" y evitar así hacer un balance de las responsabilidades. Urge reconsiderar el modelo pedagógico actual y obrar en consecuencia. Hace ya mucho tiempo que un buen número de pedagogos lanzaron un grito de alarma pero, hasta el presente, se les ha prestado poca atención.

Hay que reconocer que las nuevas instrucciones dirigidas a los profesores en 1971 por el Ministerio de Educación Nacional comportan, aunque de un modo excesivamente prudente, algunos enfoques tomados de la nueva pedagogía, especialmente la de Freinet, y que (por una vez) nacieron de un "trabajo de investigación y experimentación sistemática" llevado a cabo por una comisión de pedagogos dirigidos por M. Rouchette.

Estas nuevas instrucciones preconizan "los intercambios orales y el entrenamiento o preparación oral en clase". "La expresión oral, leemos allí, se enriquece y se ajusta por la lectura y la redacción, pero cuando nos preguntamos por qué tantos escolares leen mal, nos es forzoso recordar que el niño habla antes de escribir; por lo cual una cierta maduración del lenguaje hablado debe preceder a la enseñanza de la lectura y la inteligencia de lo escrito no va a cesar excesivamente de estar supeditada al progreso de la expresión verbal porque el niño aprenda a leer o sepa leer." ¡Nos alegramos de que la expresión verbal recobre su derecho de ciudadanía! Siempre nos ha asombrado, cuando comenzamos a recibir las libretas escolares de nuestros hijos (educados en una escuela pública, excelente por otra parte), encontrar anotaciones muy precisas sobre su conducta, sobre su capacidad de juego (juegos sensoriales especialmente) y más tarde sobre su escritura y ortografía, sin indicar nunca que sabían hablar. Es cierto que a veces se indicaba la recitación de temas propuestos o de poesías aprendidas, pero nunca hallamos observaciones sobre el relato espontáneo hasta la época en que comenzaron las redacciones. Hasta entonces se clasificaba a los alumnos como "charlatán" o "callado". Es lástima que se dejaran de lado sus capacidades discursivas.

No hay ninguna duda de que parte de las dificultades encontradas por algunos niños, en el curso preparatorio, provienen de que su lenguaje no está lo suficientemente elaborado para comprender el de la maestra y abordar el aprendizaje de la lengua escrita.

A este propósito, L. Lentin tiene razón al sugerir que las clases deberían estar, para una gran parte, dedicadas al aprendizaje de la lengua hablada y especialmente adaptadas a los niños de capas psicosociológicamente desfavorecidas. En efecto, los niños de familias que se expresan mal, con un vocabulario restringido, donde se habla poco porque apenas se tiene tiempo, abordan la escolaridad

sin poseer un nivel de lenguaje suficiente para asegurar una buena comunicación. L. Lentin subraya que todos los métodos de enseñanza del francés (lengua materna) conciernen a la lengua escrita. No hay ningún método para enseñar a hablar al niño entre el nacimiento y los seis años, edad fijada para el aprendizaje de la lengua escrita. Esto pone en evidencia las trampas del lenguaje escolar porque "no se trata de hablar el lenguaje de la escuela, sino de acceder al lenguaje humano", dicho de otro modo, de hacer pasar al niño del lenguaje implícito al lenguaje explícito.

En su obra "*L'éducation demain*"; B. Schwartz (1973) basa todo su proyecto en el concepto de educación permanente que supone entre otras una educación preescolar, instrumento privilegiado para la equiparación de las oportunidades. Concede una importancia muy grande a la cuestión del lenguaje. "El poder segregador de la cultura tradicional se debe, en buena parte, al hecho de que exige y desarrolla, en los que la dominan, el fácil manejo de una lengua que no es la lengua "corriente". "Por lo cual, la primera tarea de una política educativa organizada consiste en exigir, a todos los niveles, un lenguaje explícito y claro." El autor está de acuerdo con P. Bourdieu cuando propone que se exija al creador que proporcione, "al mismo tiempo que la obra, el código conforme al que la obra está codificada".

Los métodos tradicionales de aprendizaje no resisten las críticas hechas por los inspiradores de las "escuelas activas". Como ya decía E. Claparède, esta educación activa no pide que los niños hagan todo lo que quieran, "reclama sobre todo lo que hacen; que actúen, no que sean actuados". Para J. Piaget su principio fundamental puede expresarse de la forma siguiente: "comprender es descubrir o reconstruir por redescubrimiento, y habría que plegarse a tales necesidades si se quiere, en el futuro, formar individuos capaces de producción o de creación y no solamente de repeticiones". Las investigaciones de psicología genética sobre el desarrollo de la inteligencia dan paso a una metodología pedagógica fundada en bases científicas.

Actualmente hay una efervescencia alrededor del problema de la escuela. Son muchos los autores que lo abordan de diferentes maneras. La mayor parte concuerdan en decir que fracasó en la finalidad que se le había asignado: dar a cada niño la misma oportunidad a la salida. Algunos proponen un nuevo modelo pedagógico (S. Mollo), por juzgar que el de la escuela tradicional condiciona al niño a una sociedad caduca; otros piensan que la escuela actual no hace más que perpetuar las desigualdades sociales y que la solución global sólo estriba en la transformación revolucionaria de la sociedad (C. Baudelot y R. Establet).

G. Snyders (1973) hace el análisis crítico de las diferentes pedagogías no normativas; considera que sólo la de A. Vasquez y F. Oury parece abrir una vía realmente nueva. Dicho autor propone por su parte una pedagogía progresista basada en un análisis marxista.

A. S. Neill fue uno de los discípulos de los pioneros de la nueva pedagogía de comienzos de siglo. Se podrían parangonar sus concepciones con las de la pedagogía libertaria y del maestro-camarada nacida en Alemania, en la misma época, a continuación de los trabajos de Kerschens-teiner y concretado en la idea de la *Arbeitschule* (denominada por L. Bovet "escuela activa"). La exposición que nos hace en *Libres enfants de Summerhill* es conmovedora y convincente. Pero si estos niños libres son "sus niños", Summerhill es su obra. Lo realizado por él en su escuela del Dorset nos parece de difícil imitación. Sea lo que sea, incluso si la experiencia es restringida, tiene el mérito de existir y perdurar desde hace cuarenta años. Al igual que su obra, su libro constituye un acto de fe en el niño. Nadie puede permanecer indiferente. ¿Es el método? o ¿es el hombre, el que suscita tanto entusiasmo y levanta tantas críticas? (véase *Pour ou contre Summerhill*, Payot, París, 1971). Actuando de forma concreta, Neill no pretende volver armónica nuestra sociedad. "Pese a tener horror a los compromisos, escribe, me siento obligado, sin embargo, a fijar uno y comprender que mi destino no consiste en reforzar la sociedad, sino en aportar la felicidad a unos pocos niños". Quisiéramos añadir que la utilización no dogmática de su formación psicoanalítica (unida seguramente a las cualidades del hombre, del pedagogo y a una determinada concepción de la vida) interviene (no quizás en el éxito negado por algunos) pero sí en la calidad de la relación por él establecida en Summerhill tanto a nivel individual como en grupo y entre los grupos.

Si grande es el impacto del libro de Neill, como el de todas las obras que tratan de la escuela, se debe a que se sitúan en una encrucijada de ideas que tomaron cuerpo estos últimos años y que se publicaron cuando los ánimos estaban más dispuestos para acogerlas. Actualmente son pocos los que discrepan de que en materia de educación hay que acudir a la motivación y no al temor. Pero

no hay que olvidar que esta noción no es nueva, que se trata de la pedagogía libertaria y de la *Arbeitschule* con Kerchensteiner en Alemania, de la escuela activa en Suiza con Bovet, del método de O. Decroly en Bélgica, de los trabajos de María Montessori en Italia y del Método Natural de C. Freinet en Francia; esta noción, al igual que las realizaciones que le pertenecen, data de la primera o segunda décadas. Tampoco hay que olvidar que todos esos pedagogos trabajaron hasta ahora en la indiferencia o en la incompreensión.

Algunos parangonaron sin razón las concepciones de I. Illich relativas a la escuela y a la enseñanza con el análisis sociológico de P. Bourdieu y J. C. Passeron y el análisis político de C. Baudelot y R. Establet. De hecho, las críticas de I. Illich se fundan en los mismos argumentos que los que propugnan una reforma o una revolución en la enseñanza (por saber que la escuela ha fracasado en el rol que se le había asignado: transmitir a todos los conocimientos y las aptitudes, democratizando así la sociedad). Para I. Illich, se cambiará la sociedad destruyendo la escuela, mientras que para los otros hay que cambiar la sociedad para que la escuela pueda cambiar. ¿Qué desea I. Illich que reemplace a la escuela?

Dicho autor parte del siguiente postulado: "Cualquiera que desea instruirse sabe de lo que tiene necesidad: busca informaciones y, cuando trata de utilizarlas, desea disponer a veces de los consejos y críticas de los demás". "En cuanto a las informaciones, ¿dónde las encontrará sino en los libros, objetos materiales?". "Un verdadero sistema educativo no impone nada al que se instruye, pero le permite tener acceso a lo que necesita". Propone cuatro niveles del saber: 1) un servicio "estaría encargado de poner a disposición del público los "objetos educativos", es decir los instrumentos, las máquinas, los aparatos utilizados para la educación formal". 2) "Un servicio de intercambio de conocimientos tendrá al día una lista de personas deseosas de hacer que los demás se beneficiaran de su propia competencia..." 3) "Un organismo facilitaría los encuentros entre "iguales". 4) "Los servicios de referencia en materia de educadores (cualesquiera que sean) permitiría confeccionar una especie de anuario con la dirección de estas personas, profesionales o aficionadas..."

Nos preguntamos si la concepción de Illich no abocaría en mecanismos aún más kafkianos que aquellos de los que habla el autor a propósito de la escuela pública con todos sus defectos, y si no favorecería aún más a los privilegiados. A la inversa de Neill, I. Illich no convence y conmueve aún menos. Su prédica desde lo alto de su cátedra es sentenciosa. Hay demasiado orgullo en su "saber" para que pueda hacer un análisis sereno de nuestras insuficiencias y que nos permita asumirlas por no decir superarlas; no nos dice más que simplezas a la antigua. De su perorata emana una especie de nostalgia de la enseñanza socrática y de una relación privilegiada "entre iguales". Nos propone abandonar el computador para reencontrar la pitonisa de Delfos. No hay duda de que volveríamos también a la esclavitud. Pero esto es insostenible, I. Illich está en el Olimpo. Espera que todos nosotros, abajo, lleguemos a ser "Epimeteos". Deberíamos destruir la escuela pero de ningún modo nuestro diccionario griego. Un término medio está por encontrar.

No basta con fantasear a la ligera aunque se necesita imaginación para crear una escuela que dé a cada uno la posibilidad de alcanzar un nivel de conocimientos que abran las salidas de su elección. Sin olvidar que actualmente no están favorecidos por un igual los potenciales individuales, también hay que admitir que las posibilidades naturales pueden ser diferentes a la salida, incluso si a veces los niños cuyo potencial es válido no tienen la posibilidad de desarrollarse por completo en una escuela que no tiene en cuenta las características individuales y aplica de un modo inflexible modelos mezquinos. Por otra parte, hay que decir que el maestro e incluso el profesor no son los únicos en poseer el saber, dada la información que está a disposición del niño fuera de la escuela. Pero sería demasiado fácil desvalorizar a los que enseñan, cuando no se tienen en cuenta muchas veces las reformas que proponen y que las clases abarrotadas son fuente de esterilidad.

Si el ideal consiste en el acceso a una vida feliz con toda la relatividad que esto implica, por ahora, pensamos como M. Bossard que la escuela es también el lugar de un combate específico en pro de una educación efectivamente democrática y que, para llevar correctamente este combate, la aportación de las ciencias humanas (sociología, psicología, lingüística) es hoy en día decisiva.

En la hipótesis de una escuela ideal en una sociedad ideal, el problema de la relación a escala humana docente-discente sería probablemente mucho menos conflictivo pero no estaría completamente resuelto.

Ahora abordaremos el problema planteado por el psicoanálisis y la pedagogía estudiado por S. Freud repetidas veces.

En 1913, S. Freud escribe: "Cuando los educadores se hayan familiarizado con los resultados del psicoanálisis, les será más fácil familiarizarse con determinadas fases de la evolución infantil, no corriendo el peligro de exagerar la importancia de los impulsos instintivos perversos o asociales que el niño puede presentar. Se abstendrán de cualquier tentativa de yugular violentamente tales impulsos (...). Su represión violenta desde el exterior puede estar en el origen de organizaciones neuróticas ulteriores (...). Una educación basada en los conocimientos psicoanalíticos puede constituir la mejor profilaxis de las neurosis. En su prólogo a la obra de A. Aichhorn (1925), leemos: "No se puede pretender que todo educador tenga un don de comprensión parecido". "Las experiencias y los resultados de A. Aichhorn nos permiten, a mi entender, dos observaciones: Ante todo, el educador debe poseer una formación psicoanalítica porque, en caso contrario, el objeto de sus esfuerzos, el niño, seguirá siendo para él un enigma inaccesible. La mejor manera de llegar a esta formación consiste en experimentar un psicoanálisis en su propia carne". "La enseñanza teórica no penetra bastante profundamente para establecer una convicción". En sus Nuevas conferencias sobre el psicoanálisis (1932), insiste sobre estos problemas y considera que "la educación debe buscar su camino entre los escollos del *laissez faire* y los escollos de la prohibición". Según él, el análisis de los maestros y de los educadores parece resultar una medida profiláctica más eficaz que el de los niños y menos difícil de poner en práctica.

El problema psicoanálisis-educación ha vuelto a reanudarse con un artículo de B. Bettelheim (1969). Para este autor (a continuación de S. Bernfeld, 1928), educación y psicoanálisis se oponen a pesar del parecido de su última finalidad: "La educación intenta perpetuar el orden existente en el mundo exterior (la sociedad), mientras que el psicoanálisis procura transformar el orden existente en el mundo interior. Según él, la influencia del psicoanálisis sobre la educación no satisface a nadie, aunque sean muy pocas las veces en que los educadores se expresen abiertamente o reconozcan claramente su desengaño. Insiste sin embargo sobre el hecho de que, hasta el presente, la educación no planteó los buenos problemas al psicoanálisis, pero que por otra parte los psicoanalistas no proporcionaron a los educadores la información que les es absolutamente necesaria si tienen que utilizar todos los nuevos descubrimientos del psicoanálisis.

P. Mathieu piensa que "el problema a plantear consiste en saber cómo realizar concretamente la introducción de los maestros en un paso analítico que produciría el efecto con el que cuenta S. Freud". No consideraría "los psicoanalistas con ganas de prodigar su saber (...)" "sino más bien deseosos de trabajar con educadores en la apertura de un nuevo campo de acción: el del descubrimiento y la práctica de un acercamiento analítico a la formación de los maestros."

Para B. Jasmin, la obra de A. S. Neill demuestra la posibilidad de establecer un lazo entre el psicoanálisis y la pedagogía, indicando (más allá de cualquier discusión) que una educación psicoanalítica es ante todo una educación de la afectividad. Según él, A. S. Neill supo siempre que sus alumnos debían integrarse en el medio social pero lo hizo de forma que pudieran orientarse hacia este fin sin sacrificar a la salida sus deseos a la voluntad de los demás.

Estudiaremos diversas hipótesis a propósito de las relaciones psicoanálisis-educación. 1) El psicoanálisis de los maestros podría ser una solución si no fuera socialmente irrealizable. Además, si lo fuera, los maestros abandonarían probablemente la enseñanza para convertirse en psicoanalistas. (A. S. Neill es una excepción en la materia, pero enseña en su propia escuela y no tiene que soportar los rigores de la sujeción de la escuela oficial). Y como escribe S. Freud, habría que permitirles el ejercicio del psicoanálisis y no tratar de impedirse por motivos mezquinos. 2) Otra manera consiste en dar a conocer a los maestros el proceso analítico. Consistiría en que psicólogos psicoanalistas incluidos en las clases dieran a los maestros una interpretación de su conducta. P. Mathieu es de esta opinión: "Bastaría con que los psicoanalistas estuvieran en presencia y a la escucha de los maestros de manera que estos últimos volvieran a encontrar sus recuerdos de infancia reprimidos y lo que hubiera sido formador para ellos". En este caso, no hay que minimizar el riesgo de desvalorización y de una disminución de la espontaneidad y sobre todo de un frenazo de determinadas cualidades intuitivas. Como ya lo hemos señalado a propósito de la opinión de S. Freud sobre A. Aichhorn, todos los maestros no tienen el privilegio de tener su intuitividad pero reconocemos que muchos de ellos la tienen y podrían utilizarla mejor si los

métodos que les son impuestos fueran menos apremiantes. 3) También se podría hacer que en el curso de sus estudios (y creemos que es necesario) los futuros maestros no recibieran instrucciones únicamente sobre las técnicas de enseñanza, sino también una formación relativa al desarrollo en el niño tanto de la afectividad como de la inteligencia. Pero ahí también se plantea el problema del uso que harán y del no despreciable riesgo de intervenciones inoportunas.

El problema que se plantea es que uno puede necesitar un psicoanálisis para sí mismo. Como les dice F. Dolto a los pedagogos de la P. R. L. (pedagogía relacional del lenguaje): "Si contactáis fácilmente, si os sentís a gusto en una familia artificial, del tipo de una casa de niños o un grupo de vacaciones, si los niños están a gusto con vosotros, no tenéis ninguna necesidad de análisis, al menos en lo concerniente a vuestro trabajo en P. R. L. Podéis necesitarlo para vosotros, para las relaciones personales, emotivas y sexuales con la gente de vuestra edad, ¡es otro problema! Pero no digáis que lo necesitáis para trabajar en pedagogía relacional del lenguaje porque esto sería salir por una falsa pista (...) la idea de que para trabajar en P. R. L. sería necesario que os hiciésteis analizar todos me parece inadmisible y peligrosa.

Pero el problema sigue en pie. ¿Una escuela para quién? ¿Una escuela para qué? No se puede aceptar, en efecto, una escuela al servicio de una producción cuyo beneficio se logra a expensas de una clase desfavorecida y en provecho de privilegiados. El objeto de la existencia no consiste solamente en desarrollar "una inteligencia pura, pepsina que se digiere ella misma" (Léon-Paul Fargue), sino en encontrar igualmente salidas afectivas. La escuela debe ofrecer al niño, a todos los niños, la posibilidad de construir los fundamentos de su afirmación; no debe ser únicamente el lugar de una confrontación selectiva. La escuela, escuela de vida, tiene que ser nuestra esperanza.

IV. — PROBLEMAS PSICOSOCIOLÓGICOS PLANTEADOS POR LOS NIÑOS "SUPERDOTADOS"

El problema planteado por los "superdotados", tratado en el siglo XIX por Lombroso sobre el plano de las relaciones entre el genio y la locura, por F. Galton sobre el plano de la psicología diferencial, es reemprendido en el siglo XX, particularmente a partir de las investigaciones de L. M. Terman y otros, cuyos trabajos se refieren, en particular, a un grupo de 1.500 sujetos estudiados durante unos 35 años (1925 a 1959).

Los trabajos actuales, importantes desde el punto de vista de las teorías del desarrollo de la inteligencia, abordan además los problemas afectivos de estos niños, cuya eficiencia productiva plantea a los investigadores cuestiones de orden práctico sobre el plano de su expansión personal, de la utilización de su potencial y sobre el plano de la organización escolar en general y de la selección en particular (P. A. Witty, L. S. Hollingwooth, M. E. Nevill, A. Juda, H. J. Baker, R. Strang, etc.).

Se llama niño superdotado al que posee aptitudes superiores que sobrepasan netamente la capacidad media de los niños de su edad. Se considera como tal al que obtiene un C. I. superior a 140 (noción cuantitativa) y que presenta rasgos excepcionales de la personalidad desde el punto de vista cualitativo (talento creador en uno o varios campos).

Se ha confundido a veces al niño superdotado y al precoz, aunque, como dice C. Cox Miles, está claro que los bien dotados pueden ser precoces y a la inversa, pero los dos términos no son necesariamente sinónimos. Es necesario tener también en cuenta que el niño bien dotado, definido en términos de test de inteligencia, puede no llegar a ser un adulto genial.

Algunos autores, como F. Galton (1869), atribuyen un papel capital a la herencia

en el determinismo de la capacidad superior de estos sujetos; otros, insisten en la importante influencia del ambiente.

Según L. M. Terman, los niños superdotados se encuentran en mayor proporción entre los judíos que en los latinos y los negros; son frecuentemente los primogénitos de familias de unos tres hijos; hay más chicos que chicas. Estos niños provienen, sobre todo, de las grandes ciudades; sus padres son de nivel profesional elevado y viven en condiciones confortables (algunos autores admiten la prevalencia de zonas geográficas particulares —regiones en que la población es densa y mezclada—). A este propósito, pensamos, como L. S. Hollingworth, que sería interesante (antes de abordar el problema del rol de las características raciales y sociales) haber analizado plenamente las condiciones del estudio de la llamada herencia social.

No es necesario dar aquí más que nociones generales.

Sería necesario, por otra parte, tomar más en cuenta el nivel de aspiración de los padres y las condiciones afectivas del niño en el plano del conocimiento respecto a las circunstancias que hacen posible la expansión de este potencial, todo ello con referencia a una utilización pulsional adecuada y a las identificaciones a un otro Yo idealizado de las imágenes paternas.

En cualquier caso, al margen de nociones partidistas, parece evidente que un buen potencial hereditario, unido a un medio ambiente culturalmente rico y lingüísticamente vasto, y medios educativos adecuados, favorece el sobrepasar el término medio. Creemos, además, que el nivel de aspiración individual familiar y la libertad concedida por algunas sociedades para el cumplimiento de las aspiraciones, crean un clima favorable al desarrollo de potencialidades precoces.

I. — CARACTERÍSTICAS GENERALES

Con referencia a la población general, L. M. Terman ha confeccionado un retrato del niño superdotado, cuyos rasgos esenciales serían:

— *Desde el punto de vista étnico*: una proporción importante de niños judíos, pocos latinos y negros². Pero, para algunos autores, este factor no influye. P. Witty y M. D. Jenkins, en su estudio sobre superdotados negros, demuestran que no se puede admitir un carácter limitativo de raza; insisten más en el aspecto del medio ambiente.

— *Desde el punto de vista socioeconómico*: la situación profesional de sus padres es elevada, su vida es cómoda, su nivel cultural bueno, residen en las grandes ciudades. Para P. A. Witty como para L. M. Terman, los superdotados son descendientes de familias en que la posición honorable, los puestos de responsabilidad o de confianza son la regla.

Según I. Talan, los estudios recientes corroboran las conclusiones de L. Terman, pero insisten sobre el hecho de que niños superdotados de ambientes más toscos corren el riesgo de no ser identificados; actualmente, muchos niños muy dotados descienden de ambientes medios, y la aplicación de tests *culture-free* permitiría identificar otros que provienen de ambientes más simples.

— *Desde el punto de vista de la constitución física y de la salud*: los niños superdotados están favorecidos tanto desde el punto de vista de la constitución, apetito, sueño, como de la mortalidad y la morbosidad infantil (más escasa que la media); su peso al nacer es superior, y su desarrollo psicomotor, precoz.

2. El estudio ha sido realizado con material americano (N. del T.)

A. L. Annell no comparte esta opinión. Ha observado en el grupo objeto de estudio que "la discordancia entre el desarrollo somático y psíquico era notablemente frecuente". De entre 46 sujetos, 10 eran físicamente infantiles, de pequeña talla o subdesarrollados, 8 tenían una motricidad muy escasa y 8 eran obesos. Huelga decir que este pequeño grupo, constituido por superdotados que padecían trastornos psiquiátricos, no puede compararse a los 1.400 niños que L. M. Terman ha estudiado desde la edad escolar a la madurez, es decir, durante más de treinta años. A pesar de algunos aspectos que pueden ser discutibles, es preciso reconocer que es prácticamente el solo estudio longitudinal (por tanto, sobre un número determinado de años) el que está a nuestra disposición.

Para R. Strang, la superioridad biológica de los superdotados, señalada por L. M. Terman, puede ser la causa y el efecto del buen desarrollo mental unido al buen medio ambiente: niño con buena salud, bien cuidado, educado sin trabas, madurez más precoz, mejor utilización del ambiente para la satisfacción de las necesidades, por lo tanto mejor elaboración de la inteligencia, y así se cierra el círculo.

— *Desde el punto de vista de los dotes escolares*: importante avance debido al hecho de que saben, en la mitad de los casos, leer antes de la escolarización y que adelantan en las clases. Signos de inteligencia iniciales (curiosidad, conocimientos extensos, rápida comprensión, buena memoria, vocabulario rico); estímulos innecesarios: los resultados de los tests revelan una superioridad en las materias abstractas y de contenido verbal, gran superioridad en cálculo, ortografía, historia. También desde el punto de vista de los trabajos manuales y la escritura. En conjunto, la superioridad está bastante generalizada.

— *Desde el punto de vista de los intereses escolares y extraescolares*: prefieren las disciplinas abstractas; son grandes lectores en todos los campos (lecturas variadas). Todos los autores están de acuerdo sobre este punto. Gustan de los juegos tranquilos que implican reflexión e ingenio (preferencia por las colecciones), pero les gustan también, como a los demás, los juegos activos. No son insociables, pero prefieren camaradas de más edad.

A este respecto, R. de Craecker señala que no puede olvidarse que L. M. Terman describe niños americanos, y que éstos son diferentes de los superdotados europeos.

— *Desde el punto de vista del carácter y de la personalidad*: los superdotados, según L. M. Terman, son menos inclinados a jactarse, son más sanos en sus apreciaciones y tienen mayor estabilidad emotiva; el carácter de un niño de 9 años dotado corresponde al de un niño de 12 años. A este propósito, R. de Craecker se pregunta cómo puede evaluarse el carácter de un niño. Estas cifras se contradicen.

La mayor parte de los autores que han estudiado la sociabilidad o las características de la personalidad y del carácter de estos sujetos, sea mediante cuestionarios, sea a través de inventarios de personalidad o de madurez e interés, anuncian resultados superiores respecto a los controles, ya que no existe una intensa correlación entre la inteligencia y los rasgos del carácter.

— *En la adolescencia y al comienzo de la edad adulta*: en conjunto, se mantiene la superioridad de los superdotados. L. M. Terman admite que los superdotados guardan toda su vida una superioridad física, intelectual y social, pero por otra parte existen diferencias individuales, pudiendo expresarse la superioridad o bien en el terreno del análisis y de la invención (espíritu científico), o en el de la generalización o la riqueza de expresión verbal (espíritu literario).

En el terreno de la inteligencia, las ganancias son inferiores a las pérdidas. La regresión, ligera en general, que se pone de relieve, es atribuida por L. M. Terman a la imperfección de los medios de medida. Pero se discute entre los autores a propósito de la constancia del C. I.

En las grandes clases, la superioridad se mantiene, pero se observa mucha variabilidad (muchos fracasos y desinterés por el estudio); R. de Craecker lo atribuye a una subestimación del esfuerzo a desarrollar más tarde en los estudios, un deseo de participación en la vida social junto a una subestimación de los estudios, al fingimiento de ignorancia para no ser clasificado como brillante, al disgusto por el estudio si los profesores no estimulan su espíritu de discusión, a una mala orientación en la elección de los estudios, a la pereza.

Desde el punto de vista profesional y social, los datos de los autores, L. S. Hollingworth, A. Juda, etc., corresponden en general con las conclusiones de las investigaciones de L. M. Terman: los superdotados desempeñan cargos dirigentes (46%, profesiones liberales; 26%, negocios) y son mejores ciudadanos.

Puede sacarse como conclusión del conjunto de las investigaciones que si una buena herencia es necesaria, unas buenas condiciones ambientales en un sentido muy amplio y cualidades de personalidad son indispensables para el desarrollo y la realización de las facultades superiores. En consecuencia, la precocidad intelectual, el elevado nivel del C. I. no permiten pronosticar el mismo éxito en los adultos. El *inventario* estadístico monumental de L. M. Terman y cols., es extremadamente rico en informaciones, pero no se plantea la cuestión de la dinámica del problema con la suficiente claridad. A este respecto, I. Talan señala, con razón, que "tenemos el derecho de preguntarnos cuáles son las condiciones que permiten el desarrollo y la plena utilización del don inicial y, en caso de fracaso, ¿por qué ha sucedido? ¿Cuáles son las formas de articulación de las dotes hereditarias del equipo básico con las de experiencias vividas a través de los ambientes sucesivos con que serán confrontados los superdotados?". Estudios más profundos de las observaciones del caso deberían permitir evaluar la dinámica más sutil de la madurez.

II. — FRACASO, ÉXITO, DESARROLLO

El problema no debe plantearse únicamente en el terreno del fracaso o del éxito, sino sobre el de fracaso o desarrollo.

La superioridad intelectual no entraña necesariamente el éxito, ni el éxito el desarrollo de la personalidad.

Como hemos visto, especialmente en los estudios de L. M. Terman y otros, la superioridad intelectual puede ser un factor determinante de adaptación y de estructuración de la personalidad, pero el problema no es simple. De las investigaciones ulteriores, consideradas desde un punto de vista más dinámico, se han destacado las dificultades particulares del niño superdotado y también del adulto de inteligencia muy superior, excelentemente "colocado" desde el punto de vista profesional y socioeconómico. Para C. Cox Miles, "las indicaciones actuales a nuestro alcance parecen demostrar que es la personalidad entera, con sus componentes variables físicos, emocionales, intelectuales y sociales, la que forma modelos eficaces. Es esta personalidad la que condiciona el éxito asociada a estímulos apropiados al ambiente".

Puede admitirse que las causas del fracaso son muy diversas y que no se colocan necesariamente en el terreno de la conciencia; la mayoría de las veces son múltiples y dependen tanto del desarrollo propio de la personalidad como de las reacciones al

medio y del medio. Con referencia a la organización de la personalidad, un factor importante es el de la variación entre un desarrollo excesivo de las posibilidades de conocimientos y la maduración conjunta afectivosocial. Poder aprenderlo todo no se identifica necesariamente con el aprendizaje de la vida ni con el poder de soportarla en sus contradicciones, porque la realidad vital no está hecha solamente de éxitos, sino también de frustraciones sucesivas que, para resultar beneficiosas, deben asimilarse sucesivamente. En algunos de estos sujetos, un pequeño déficit instrumental puede ser un factor de desadaptación con regresión, desaliento e indiferencia escolar. Pierden entonces todo gusto por el esfuerzo, devienen inestables y adoptan una posición de retirada respecto a sus camaradas, se colocan a su nivel, excluyen socialmente sus propias posibilidades, mantienen con los otros relaciones superficiales y encantadoras que comportan una cierta finura de espíritu, pero guardan para ellos mismos su vida fantasmática. Si en la mayor parte de ellos las pulsiones agresivas se resuelven mediante la utilización de sus capacidades, en otros no sucede así y no hallan otra función que la autoagresión, es decir, el fracaso. El medio exterior desempeña igualmente un papel muy importante en la inadaptación. Mimados, admirados por la familia o por los maestros, estos niños pueden resultar retrasados afectivos e hipersensibles a la menor contrariedad o al menor fracaso. Mal dirigidos, canalizan toda su personalidad hacia el saber, "atiborrados de conocimientos pero inmaduros", y, como dice S. Lebovici, cuando se les examina se sorprende uno al encontrar en ellos mecanismos obsesivos ya muy estructurados pero sin angustia real. Otros, aislados en una clase y sin orientación, pero hambrientos por la necesidad de conocer, mal rodeados desde el punto afectivo, buscan conocimientos demasiado vagos, demasiado generales o bien se interesan por conocimientos demasiado particulares.

Numerosos autores se han dedicado al estudio de las dificultades que presentan estos sujetos. Todos consideran que cada niño superdotado lleva en sí mismo un problema individual; no puede tratarse como un solo grupo. Subrayan diferencias considerables según el nivel del cociente.

L. S. Hollingworth, como W. D. Lewis, han señalado que hay tantas diferencias entre un niño con C. I. de 180 y un niño con un C. I. 130, como entre un niño de C. I. de 130 y un niño de C. I. normal. L. S. Hollingworth piensa que los C. I. más favorables se sitúan entre 130 y 150. Los niños con un C. I. de 180 (casos excepcionales) tienen problemas escolares muy importantes; la escuela no está adaptada a su necesidad. Las necesidades de adaptación de los superdotados aumentan en la medida que su C. I. es más elevado. L. M. Terman había observado igualmente que las puntuaciones de los tests de adaptación emocional y social eran peores en los niños de niveles particularmente altos. L. S. Hollingworth señala, en los superdotados cuyo C. I. es superior a 180, una tendencia al aislamiento, a vivir en un mundo aparte; pierden el contacto con los niños de su edad; no tienen el mismo vocabulario. Según este autor, los superdotados pueden tropezar con:

- un problema físico (son más débiles porque son más jóvenes que sus camaradas);
- problemas de adaptación a una ocupación (prefieren autodirigirse que ser dirigidos);
- problemas que comporta la obligación de "soportar alegremente a los imbéciles"; tienen dificultades en aceptar el dogmatismo de las inteligencias menores;
- una tendencia a aislarse de sus intereses y de sus fines.

E. M. Nevill cita algunas desventajas propias de la alta inteligencia de los superdotados: rapidez excesiva que acarrea imprecisión, torpeza en la escritura y en los

trabajos materiales en correlación con una falta de espíritu práctico, demasiado tiempo pasado en leer, egocentrismo, difícil acceso, vejación demasiado rápida, soledad, oposición arrogante.

Los superdotados que tienen dificultades en el curso de la escolaridad primaria las ven acrecentarse a menudo al nivel de la secundaria. S. Lebovici señala en estos muchachos la acumulación de un saber enciclopédico estéril, reforzado por un autodidactismo monstruoso. La angustia absorbe una gran parte de su energía, de su incapacidad para realizarse; a pesar de las posibilidades de que están dotados, pueden manifestarse graves alteraciones del carácter o comportamientos antisociales. Su aislamiento y algunos gustos e intereses particulares pueden a menudo hacer considerar la hipótesis de una psicosis.

Según H. Deutsch a menudo se confunden precocidad y genialidad porque existen individuos particularmente dotados que ya en su infancia dieron pruebas de un talento creador poco común. Tampoco hay que confundir al "genio" con el estudiante brillante coleccionador de matrículas que posteriormente se concentra en el estudio, los esfuerzos memorísticos, la devoración de conocimientos —procedentes todos ellos de fuentes ya conocidas— y que posiblemente realizará muchas cosas, aunque sin ninguna creatividad. Refiriéndose a observaciones personales, el autor señala que los niños "marcados con el sello de la genialidad" dan la impresión de no ser ellos mismos más que cuando se enfrentan con la realidad exterior. A determinada edad, el impacto de la realidad es tan intenso que el porvenir del niño superdotado parece depender de la armonía de las inter-reacciones entre la soledad creadora y la acción de la realidad (dicho de otra forma, entre el investimento narcisista y el investimento de objeto). Las identificaciones están asimismo muy determinadas por la aptitud que posean los objetos de identificación para cooperar en la continuación de la "gran tarea". En la adolescencia, el conjunto de la situación interior se hace más compleja al aparecer el impacto biológico de la sexualidad; de pronto, todas las fuerzas internas que hasta entonces habían sido sublimadas en la "genialidad" resucitan a una nueva vida, en la lucha entre las relaciones de objeto y la posición narcisista de la "genialidad"; es a partir de este momento cuando comienza la lucha decisiva.

Cuando se aborda el problema del superdotado hay que evitar dos escollos. El de considerar que el potencial de superinteligentes o de genios se desarrolla sin fallo a lo largo de la vida y que debe conducir necesariamente a la creación, y el de admitir que la creación es una forma particular de la psicopatología de la personalidad. S. Freud nos recuerda que "no tenemos ninguna razón para negar la existencia y la importancia de las variaciones del Yo primario, congénito" y que "esto indica que cada Yo individual está agotado desde el principio de sus disposiciones y tendencias propias", pero esto no impide que por otra parte algunos tipos de orientación, algunas selecciones, determinadas expresiones del conocimiento, estén orientados por la organización de la propia personalidad. Pensamos, con N. Gressot, que "el conocimiento es una búsqueda del objeto a través de la actividad del sujeto". No es éste el lugar para tratar el problema del genio ni el de la creación y la alienación, pero creemos, con M. Tramer, que, en algunos casos de sujetos superdotados, la creatividad que puede expresarse bajo formas diversas puede ser un factor profiláctico de derivación o de liberación frente a descompensaciones neuróticas o psicóticas graves. Por esta razón es importante estudiar aquí cuál es la actitud que debe adoptarse frente a un niño superdotado.

III. — LA ORIENTACIÓN EN LOS NIÑOS SUPERDOTADOS

Es difícil dar reglas generales de orientación para estos niños; son especímenes; como dice R. de Craecker, en un estudio muy documentado, entre los niños agrupados bajo este título hay personalidades diferentes, bien porque se trate de niños dotados en todos los sentidos del término con referencia al cociente intelectual y a la escolaridad, o de niños específicamente dotados en un campo particular. Igualmente, en el caso de la precocidad, debe hacerse una distinción entre precocidad natural y precocidad forzada. Debe saberse, por otra parte, que en algunos sujetos las capacidades no se manifiestan sino después de una cierta edad. Si quiere hacerse una selección es necesario tener en cuenta, según este autor, los datos siguientes: resultados de los tests de inteligencia, de los de instrucción, resultados escolares, apreciación de la inteligencia, por los maestros, características físicas y salud, ambiente familiar, aptitudes especiales, interés dominante.

Se discute mucho sobre la actitud a tomar frente a estos niños desde el punto de vista escolar. Hay partidarios de clases especiales para superdotados y otros que se oponen a este sistema. He aquí, según S. R. Laycock, los argumentos en favor: el niño podrá servirse mejor de sus posibilidades intelectuales, evitará la pereza y la superficialidad al encontrarse entre niños de su nivel intelectual, el maestro podrá enriquecer más fácilmente el programa; posibilidad de introducir experiencias extraescolares enriquecedoras. Los alumnos serán así estimulados, podrá desarrollarse el espíritu de competición entre niños del mismo nivel, así como el espíritu crítico; el hecho de encontrarse entre niños de su nivel les permitirá formarse una idea más realista de sí mismos. Según este mismo autor, los argumentos contra la creación de estas clases, son los siguientes: el sistema es poco democrático, porque los dotados son los más privilegiados; puede desarrollarse el sentimiento de snobismo, pero si se hubieran quedado en las clases normales se sentirían superiores; el espíritu de competición puede desencadenar el agotamiento; estas clases no ofrecen la posibilidad de que los dotados estimulen a los otros alumnos medios; al maestro no le gusta enseñar en una clase donde no hay niños dotados.

En cualquier caso, es necesario tomar una actitud frente al método de enseñanza utilizado con estos niños. Existen dos métodos fundamentales: el de la aceleración y el del enriquecimiento. El método de aceleración consiste, bien en hacerles adelantar clases, suprimiendo a estos niños una parte del programa, o bien en acelerar sin saltar clases evitando, sin embargo, el forzamiento; de todas estas maneras, es necesario saber, para tenerlo en cuenta, como señala S. R. Laycock, hasta qué punto el niño y los padres aceptan esta aceleración. El método de enriquecimiento consiste en guiar las lecturas del niño, en proporcionarle informaciones extraescolares, en hacerle participar en actividades enriquecedoras del programa. Es evidente que todo esto coloca el problema de los maestros en un punto tal que algunos autores, como Abraham, se preguntan si no sería necesario que los maestros fueran también superdotados.

Nos parece un poco artificial tratar el problema del superdotado en sí. Cada caso debe ser resuelto según nuestras posibilidades. Los métodos de enseñanza deben ser bastante flexibles para que puedan responder a algunas de sus demandas. La enseñanza debe apartarse de dos fórmulas tan rígidas como dañinas: la igualdad con el mediocre de todo aquel que se destaca de la medianía, de una parte, y de otra, la creación de "animales de concurso" forzando todo el conjunto de la personalidad. El conocimiento no se adquiere más que por la utilización de métodos adecuados fundados sobre una educación básica y la cultura, por una amplitud de espíritu mediante la cual cada uno se encontrará investigando a partir de lo general, y se descubrirá según sus capacidades y sus aspiraciones particulares.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, P. L., McDonald, N., y Huey, W. P. — School phobia and bisexual conflict. A report of 21 cases. *Amer. J. Psychiat.*, 1966, 123, 541-547.
- Agras, S. — The relationship of school phobia to childhood depression. *Amer. J. Psychiat.*, 1959, 116, 533-536.
- Amado, G. — *Les enfants difficiles*. P.U.F., Paris, 1955.
- Andrey, B., y Le Men, J. — *La psychologie à l'école*. P.U.F., Paris, 1968.
- Annell, A.-L. — Les problèmes psychologiques et psychiatriques et les enfants surintelligents. *Criança Port.* (Lisboa), 1960, 19, 195-213.
- Anthony, E. J. — Psycho-neurotic disorders, 1387-1406. En *Comprehensive textbook of psychiatry*; Freedman, A. M., y Kaplan, H. I., eds; Williams and Wilkins Co, 1967.
- Aubin, B., Dugat, Mme, y Roche, Mlle. — Dépistage précoce et traitement préventif de l'inadaptation scolaire. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1971, 19, 6, 323-335.
- Baker, H. J. — *Introduction to exceptional children*. The MacMillan Co., Nueva York, 1959.
- Bakwin, H. — School phobia. En *Learning problems and school phobia*. *Pediat. Clinic North America*, 1965, 12/4, 1013-1069.
- Baudelot, C., y Establet, R. — *L'école capitaliste en France*. F. Maspero, Paris, 1971.
- Berg, I., Nighols, K., y Pritchard, C. — School phobia. — Its classification and relationship to dependency. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1969, 10, 123-141.
- Berge, A. — Les difficultés scolaires en tant que symptôme. *A criança Portuguesa*, 1962-1963, 21, 181-193.
- Berge, A. — *La liberté de l'éducation*. Ed. du Scarabée, Paris.
- Bertucelli, L., y Schiller, E. — La fobia scolaire. *Infanzia anormale, nuova serie*, 1965, 63, 466-495.
- Bettelheim, B. — Psychanalyse et éducation, 11-29. En *Education et psychanalyse*. Hachette, 1973.
- Bourdieu, P., y Passeron, J. C. — *Les héritiers*. Éditions de Minuit, Paris, 1969.
- Bourdieu, P., y Passeron, J. C. — *La reproduction*. Éditions de Minuit, Paris, 1970.
- Bossard, M. — Langage, opérativité, milieu culturel. (Réflexions à propos d'un livre récent). N.º especial. *Enfance*, 1972, 5, 455-468.
- Cahn, P. — Sociogrammes scolaires. *Psychologie française*, 1961, 6, 137-147.
- Coolidge, J. C., Brodie, R. D., y Feeney, B. — A Ten-year follow-up study of sixty-six school-phobic children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1964, 34, 675-684.
- Coolidge, J. C., Willer, M. L., Tessman, E., y Waldfogel, S. — School phobia in adolescence: A manifestation of severe character, disturbance. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1960, 30, 599-607.
- Cox Miles, C. — Les enfants bien doués. En *Manuel de Psychologie de l'enfant*, de L. Carmichael, 1946, t. 3, 1398-1509. Trad. franc., P.U.F., Paris, 1952.
- Craecker, R. de. — *Les enfants intellectuellement doués*. P.U.F., Paris, 1951.
- Chiland, C. — *L'enfant de six ans et son avenir*. P.U.F., Paris, 1971.
- Danon-Boileau, M. — L'angoisse des examens et des concours. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1957, 5, 217-222.
- Danon-Boileau, M., Lab, P. — L'inhibition intellectuelle. *Psychiat. Infant.*, 1962, 5, 43-172.
- Daurat-Hmeljak, C., y Narlian, R. — Rééducation du calcul. *Psychiat. Infant.*, 1967, 10/2, 539-554.
- Decobert, S. — Tendances actuelles dans l'enseignement public. *Psychiat. Infant.*, 1959, 2, 67-148.
- Decobert, S. — Problèmes pratiques posés par les rapports de la neuropsychiatrie infantile et de la pédagogie. En *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*. Masson et Cie, edit., Paris, 1967.
- Deutsch, H. — *Problèmes de l'adolescence* (enfants exceptionnellement doués, 48-59). Payot, Paris, 1967.
- Dolto, F. — Réflexion-débat. Recherche. *Pratique des mots*, 1971, 5, 12-22.
- Dugas, M., y Velin, J. — Approche psychométrique des difficultés en calcul chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, suppl. annuel de pédo-psychiatrie, 1969, 109-116.
- Durand, S. M. — *Pour ou contre l'éducation nouvelle*. Desclée de Brouwer, Paris, 1951.

- Eisenberg, L. — School phobia. Its genesis and clinical management. *Ped. Cl. North Amer.*, 1958, 5, 645-666.
- Eisenberg, L. — School phobia: A study in the communication of anxiety. *Amer. J. Psychiat.*, 1958, 114/8, 712-718.
- Fallay, F. — Étude de 200 cas signalés par l'Hygiène scolaire dans un dispensaire d'Hygiène mentale. Thèse, Paris, 1969.
- Fert, Marg. — Discussion du rapport de S. Decobert (Problèmes pratiques posés par les rapports de la neuropsychiatrie infantile et de la pédagogie). En *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*. Masson et Cie, edit., Paris, 1967.
- Freud, S. — *Obras completas*. 1, 309-311; 2, 856-859; 887-889. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, 1968.
- Freinet, C. — *La méthode naturelle*. Delachaux et Niestlé, Paris, 1968.
- Fulquie, P. — *Dictionnaire de la langue pédagogique*. P.U.F., Paris, 1971.
- Gabaude, J.-M., bajo la dir. de. — *La pédagogie contemporaine*. Privat, Toulouse, 1972.
- Galton, F. — *Hereditary genius*. Horizon Press, Nueva York, 1869, nueva edición, 1952.
- Gressot, M. — Psychanalyse et connaissance. *Rev. franç. Psychanal.*, 1956, 20, 9-150.
- Hersen, M. — The behavioral treatment of school phobia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1971, 153, 2, 99-107.
- Hersov, L. — Persistent non-attendance at school. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1960, 1, 130-136.
- Hollingsworth, L. S. — *Children above 180 Q*. I. World Book, Yankers, U.S.A., 1942.
- Illich, I. — *Une société sans école*. Ed. du Seuil, Paris, 1971.
- Jasmin, B. — A propos d'un article de Bruno Bettelheim intitulé: "Psychanalyse et éducation", 42-56. En *Éducation et psychanalyse*. Hachette, 1973.
- Johnson, A. M. — School phobia. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1941, 11, 702-711.
- Juda, A. — The relationship between highest mental capacity and psychic abnormalities. *Amer. J. Psychiat.*, 1949, 106/4, 296-307.
- Kahn, J. H., y Nurtsten, J. P. — School refusal: a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1962, 32, 707-718.
- Lafon, R. — *Psychopédagogie médico-sociale*. P.U.F., Paris, 1950.
- Lang, J. L. — Les désadaptations scolaires. Le point de vue psychiatrie d'enfants. *Psychologie française*, 1960, 2, 118-122.
- Lang, J. L. — *L'enfance inadaptée*. P.U.F., Paris, 1962.
- Lassers, E., Nordan, R., y Bladholm, S. — Steps in the return to school of children with school phobia. *Amer. J. Psychiat.*, 1973, 130, 3, 265-268.
- Launay, Cl. — *L'hygiène mentale de l'écolier*. P.U.F., Paris, 1959.
- Launay, Cl. — Fugues d'écoliers et phobies scolaires. *Rev. du Prat.*, 1962, 12, 2531-2541.
- Lawton, D. — *Social class, language and education*. Routledge and Kegan, Londres, 1968.
- Laycock, S. R. — Special Classes for gifted children. *Understanding the Child*, 1940, 9, 3-6.
- Lebovici, S., y Braunschweig, D. — A propos de la névrose infantile. *Psychiat. enfant.*, 1967, 10, 43-122.
- Lentin, L. — *Apprendre à parler à l'enfant de moins de 6 ans. Où? Quand? Comment?* Éditions ESF, Paris, 1973.
- Lévine, J. — Colloque sur les "Désadaptations scolaires". Problèmes de psychologie scolaire dans une classe normale. *Psychologie française*, 1959, 4, 261-267.
- Lewis, W. D. — A comparative study of the personalities interests and home backgrounds of gifted children of superior and inferior educational achievement. *J. Genet. Psych.*, 1941, 59, 207-218.
- Lewis, W. D. — Some characteristics of very superior children. *J. Genet. Psych.*, 1941, 62, 201-310.
- Mathieu, P. — Bruno Bettelheim ne suit pas la prescription de Freud, 32-39. En *Education et psychanalyse*. Hachette, 1973.
- Mauco, G. — *Psychanalyse et éducation*. Aubier Montaigne, Paris, 1967.
- Medici, A. — *L'école et l'enfant*. P.U.F., Paris (Paideia).
- Mollo, S. — *L'école dans la société*. Dunod, Paris, 1970.
- Monsour, K. — School phobia in teachers. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1961, 31, 347-354.
- Montenegro, H. — Severe separation anxiety in two preschool children successfully treated by reciprocal inhibition. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1968, 9, 93-103.
- Natalis, E. — *Carrefours psychopédagogiques*. C. Dessart, Bruselas, 1970.

- Neill, A. S. — *Libres enfants de Summerhill*. Maspero, París, 1971.
- Nevill, E. M. — Brilliant children: With special reference to their particular difficulties. *Brit. J. Educ. Psychol.*, 1937, 7, 247-258.
- Parent, P., y Gonnet, C. — *Les écoliers inadaptés*. P.U.F., París, 1968.
- Paulsen, W. — *Die Überwindung der Schule*. Leipzig, 1926.
- Piaget, J. — *Psychologie et pédagogie*. Ed. Denoël, París, 1969.
- Pichon, E. — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et Cie, París, 1936.
- Prost, A. — *L'enseignement en France, 1800-1967*. Ed. Armand Colin, París, 1968.
- Reca, T. — *La inadaptación escolar*. El Ateneo, Buenos Aires, 1964.
- Robin, G. — *Les difficultés scolaires chez l'enfant*. P.U.F., París, 1953.
- Rosenthal, R. A., y Jacobson, L. — *Pygmalion à l'école*. Casterman, Bélgica, Tournai, 1971.
- Rouart, J. — Les difficultés scolaires d'origine affective et familiale. *Rev. du Prat.*, 1962, 12, 2517-2531.
- Rouart, J., Narlian, R., y Simon, J. — L'échec scolaire. *Psychiat. Enfant*, 1960, 3, 333-403.
- Rouchette, M. — *Vers un enseignement rénové de la langue française à l'école maternelle*. Armand Colin/Bourrelier, París, 1969.
- Schmid, J.-R. — *Le maître-camarade et la pédagogie libertaire. Etude historique et critique*. Ed. Delachaux et Niestlé, S. A., Neuchâtel, París, 1936.
- Schwartz, B. — *L'éducation demain*. Aubier-Montaigne, París, 1973.
- Sherwin, S. R. — Psychodynamic aspects of school phobia. *Compr. Psychiat.*, 1967, 8, 119-128.
- Snyders, G. — *Où vont les pédagogies non-directives?* P.U.F., París, 1973.
- Sperling, M. — School phobias: Classification, dynamics and treatment. *Psychoanal. Study Child*, 1967, 22, 375-401.
- Stambak, M., Vial, M., y cols. — *Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle*. C. R. E. S. A. S., París, 1972.
- Steffen, B. G. de. — Fobia a la escuela en niños que inician la escuela primaria, 181-214. En *Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia*; Reca, T., y cols., dirs. Centro de estudios y asistencia psicopedagógica de la niñez y adolescencia CEAM, Buenos Aires, *Anales*, 2, 1970.
- Stewart Prince, G. — School phobia. En *Foundation of child psychiatry*, págs. 413-434. Dir. por E. Miller, Publ. Pergamon Press, Oxford, Nueva York, 1968.
- Strang, R. — *Psychology of gifted children and youth*. En W. M. Cruickshank, cap. 10, págs. 484-520, 2.^a ed., Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, Nueva York, 1963.
- Takagi, R. — Mental mechanisms of school phobia and its prevention. *Acta Paedopsychiatrica*, 1963, 30, 135-140.
- Talan, I. — Le problème des enfants surdoués. *Revue critique. Psychiat. Enfant*, 1968, 10, 555-575.
- Terman, L. M. y cols. — *Genetic studies of genius*. Stanford University Press, California.
- Vol. I*, Mental and Physical Traits of Thousand Gifted Children, 1925.
- Vol. II*, Cox Miles, C.: The Early Mental traits of Three Hundred Genius, 1926.
- Vol. III*, Burks, B. S., Jensen, D. W. y cols.: The promise of Youth; Follow-Up Studies of One Thousand Gifted Children, 1930.
- Vol. IV*, Oden, M. H. y cols.: The Gifted Group at Midlife: Twenty-Five Years Follow-Up of the Superior Child, 1947.
- Vol. V*, Oden, M. H.: The Gifted Group at Midlife: Thirty-Five Years Follow-Up of the Superior Child, 1959.
- Tramer, M. — Contribution à l'analyse de la créativité. Créativité, maturation et névrose. *A Criança Portuguesa*, 1962-1963, 21, 263-275.
- Trelat, J. — Déficiences intellectuelles et troubles du comportement à l'école. Mesures appropriées. *Rev. du Prat.*, 1962, 12, 2479-2501.
- Vasquez, A., Oury, F. — De la classe coopérative à la pédagogie institutionnelle. Maspéro, París, 1971.
- Vial, M., Plaisance, E., y Beauvais, J. — *Les mauvais élèves*. P.U.F., París, 1970.
- Warnecke, R. — School phobia and its treatment. *British J. Med. Psychol.*, 1964, 37, 71-79.
- Witty, P. A. — A genetic study of fifty gifted children. *Years book Nat. Soc. Stud. Educ.* University of Chicago Press, 1936, 35, 401-408.
- Witty, P. A., Theman, V. — A follow-up study of the educational attainment of gifted negroes. *J. Educ. Psychol.*, 1943, 34, 35-47.

* *

- L'Organisation de l'Enseignement spécial. 1936, 5.^e *Conférence internationale de l'Instruction Publique*. Publication n.º 46 de la Oficina Internacional de la Educación, Ginebra, 1936.
- Troubles de l'apprentissage du calcul. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, N.º especial, 1970, 18, 1-2.
- Pour ou contre Summerhill*. Payot, París, 1972. Ackerman, N. W., Ashton-Warner, S., Bates-Ames, L., Bettelheim, B., Culkin, J., Fromm, V., Goodman, P., Hechinger, F. M., Holt, J., Laguillhomie, M., Le Shan, E. J., Montagu, A., Papanek, E., Rafferty, M., Rossman, M., y Watson, G.

CAPÍTULO XXIV

EL NIÑO, LA ENFERMEDAD Y LA LIMITACIÓN FÍSICA

I. — GENERALIDADES

La enfermedad forma parte de la vida del niño. Aunque la enfermedad en el adulto no es a veces más que un epifenómeno en el transcurso de su existencia, en el niño, al contrario, es sentida de una forma particular y su familia la vive de una manera compleja.

La enfermedad hará aparecer en la vida del niño un nuevo personaje, con el que debe establecer nuevas relaciones: el médico. En algunos casos, una o varias veces deberá separarse de su familia para entrar en el contexto de una nueva institución, es decir, el hospital.

I. — EL MÉDICO VISTO POR EL NIÑO

El *tipo de relación niño-médico* se define de una forma muy ambigua por el niño y expresada generalmente según una formulación abstracta y a menudo aprendida o desde la reviviscencia de determinadas experiencias más o menos recientes. La mejor forma de comprenderla es analizándola a través del dibujo del niño (G. P. Guasch y M. F. Carezzo), o según el "juego del doctor" (L. y G. Israël).

En la mayoría de los *dibujos* el médico se caracteriza por tres elementos esenciales: un vestido oscuro, un sombrero y un maletín negro, es decir, el médico presenta ciertos atributos de prestigio y de autoridad (a menudo junto a detalles que indican una cierta virilización del personaje) y que parece participar en una ceremonia; el maletín es un accesorio algo misterioso, la acción dramática de la visita médica está en función de un personaje puesto en escena. Según G. P. Guasch y M. F. Carezzo, ésta se representa en forma de algunas situaciones tipo que difieren sensiblemente según el sexo del niño.

En el niño, la madre está raramente ausente del dibujo y la situación se presenta como particularmente ansiógena; cuando la madre está presente se pueden distinguir tres tipos de situaciones:

— relación traumatizante y ansiógena, el médico es entonces de mucho mayor tamaño que los demás personajes y presenta las características de un ser agresivo;

— la madre y el médico, a uno y otro lado de la cama, forman una pareja parental, el niño aparece cómodo y por lo general se identifica con un bebé;

— la pareja madre-médico es percibida a veces como frustrante por el niño; el médico aparece entonces como un rival que le quita a su madre; el niño puede entonces representarse como un ser abandonado, de pequeña talla, o como un ser reivindicativo con la misma talla que el médico y presentándose bajo una forma agresiva.

En la niña, la madre está frecuentemente ausente del dibujo o bien está representada con la misma talla que el médico, formando entonces con él una verdadera pareja. Cuando la madre está presente pueden también distinguirse tres casos:

— la madre es de la misma talla que la niña, aparece entonces muy próxima a ella, parece su aliada, pero su poder protector no es suficiente para darle seguridad;

— la percepción de una pareja madre-médico como en los niños tiene dos consecuencias: la representación del tipo regresivo al estadio del lactante, o bien la estigmatización de la madre, que es desvalorizada;

— la madre está representada de mayor tamaño que el médico, se presenta como una madre amenazadora, mientras que el médico se traslada a la talla del niño, creando así un clima de complicidad en el que la angustia se desplaza de la persona del médico a la de la madre.

En el *juego del médico* (L. y B. Israël) se desprende de una forma muy clara que el médico se presenta al niño bajo tres aspectos, o más bien tres funciones de rico significado: una función paterna, otra materna y otra sexual:

— El papel paterno se pone en evidencia por el juego de un personaje que tiene todas las características de la potencia y que inspira al mismo tiempo el temor, que ordena y debe ser obedecido (tanto el niño como los padres). El papel del médico es a menudo buscado porque da seguridad y representa poder y actividad, pero a veces es rechazado porque puede representar el papel de un padre particularmente exigente y poderoso, siendo considerado como un agresor, o bien porque esta elección representa la adquisición del poder paterno o incluso un sobrepoder delante del cual incluso el padre debe someterse. En este caso el rechazo representa el temor de exhibir el deseo de sobrepasar al padre.

— El papel de la madre es más fácil de poner en evidencia; de ordinario es un buen papel. A menudo representa el papel de enfermera, crea un ambiente delicado y proporciona el alimento, pero a veces la madre desempeña un papel dominador y destructor.

— La función sexual es evidente. Su papel es ante todo un papel fálico, generalmente peligroso y castrador. El médico tiene además un aspecto voyeurista; tiene derecho a tocar, mirar, ver cosas prohibidas.

Tal vez debería establecerse una diferencia entre lo que representa el doctor durante el acto médico propiamente dicho y durante el recuerdo. Durante el acto médico, el doctor tiene una actividad real (generalmente simbólica, es cierto), pero el niño reacciona a su actividad según las características de su personalidad y la preparación de la familia, y según que el médico tenga una simple función de exploración o una actividad terapéutica más o menos agradable. Las reacciones dependen también del modo de relación que se establece entre él y el niño durante los intercambios anteriores, y del condicionamiento respecto a las primeras relaciones. Así, generalmente, la simple visión de una bata blanca puede desencadenar reacciones de pánico.

II. — PROBLEMAS PLANTEADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN

Esta cuestión ha dado lugar a numerosos trabajos que están resumidos en la monografía de D. T. A. Vernon y cols. La hospitalización puede ocasionar reacciones inmediatas en el mismo momento de la separación (gritos, llantos, negativas a quedarse en el hospital), o bien reacciones que aparecen después de la hospitalización, actitudes de castigo, de rechazo o de regresión: problemas alimenticios, perturbaciones del sueño, regresión esfinteriana, estados depresivos o trastornos del comportamiento. Estos tipos de reacciones dependen del grado de información del niño sobre la hospitalización y de la actitud del personal hospitalario, por una parte, y de la edad y duración de la hospitalización, de la personalidad del niño, del tipo de relación padres-niño y de la reacción personal de los padres ante la hospitalización por otra. Los niños por debajo de los 3 años, menos capaces de comunicar sus necesidades y con una concepción irreal de la hospitalización, son más susceptibles de reaccionar con angustia.

Es evidente que las reacciones emotivas de los padres frente a la enfermedad y la hospitalización del niño desempeñan un rol en su reacción. Actualmente, pese al conflicto inicial, los padres se sienten tranquilos con relación al hospital, en donde su hijo podrá beneficiarse de las mejores técnicas en diagnóstico y terapéuticas, pudiendo por consiguiente calmar los sentimientos de inseguridad del niño. La liberalización de las visitas, su duración y frecuencia, establecidas especialmente en función de la personalidad del niño y de la actitud de la madre, disminuyen el aspecto angustiante de la hospitalización y vuelven la separación menos traumatizante. El marco y el clima hospitalario tienden a hacerse menos extraños, más familiares. Los problemas importantes persisten en los niños cuya enfermedad justifica un aislamiento y en los que son trasplantados a grandes centros, alejados de su familia.

No debemos olvidar que si la hospitalización significa separación para algunos niños, en otros puede crear nuevos mundos de relación; como dice G. Raimbault, la hospitalización puede revestir un efecto positivo para los niños que viven en una relación de dependencia abusiva en una familia hiperprotectora o para los que encuentran en este lugar una posibilidad y una variedad de contactos sociales y culturales hasta entonces desconocidas.

II. — PSICOSOCIOLOGÍA DEL NIÑO FÍSICAMENTE ENFERMO Y DEL MINUSVÁLIDO

Estudiaremos sucesivamente: el niño y el ambiente durante la enfermedad, la psicología del minusválido o niño con limitación física, es decir, según la definición de los expertos de O. M. S.: "Todo niño que, durante un período de tiempo apreciable, se encuentra en la imposibilidad, en razón a su estado físico, de participar plenamente en las actividades de su edad en el aspecto social, recreativo, educativo o en el de la orientación profesional." No trataremos en este estudio de los ciegos y sordomudos, porque desde el punto de vista asistencial y educativo plantean problemas particulares, al igual que los niños epilépticos, cuya psicología no puede separarse del estudio clínico de la afección que sufren (véanse los apartados correspondientes).

A. — EL NIÑO Y EL AMBIENTE DURANTE LA ENFERMEDAD

1.° Problemas generales

La enfermedad provoca en el niño cierto número de modificaciones: un cambio en la experimentación de su estado corporal, acompañado o no de dolor, de fiebre que puede modificar su nivel de conciencia, de un cansancio más o menos acentuado, de un estado de angustia más o menos consciente que puede ser provocado por la misma enfermedad o por lo que se imagine el niño, y de elementos particulares unidos a una perturbación subsiguiente de las costumbres y al establecimiento de un nuevo modo de relaciones en el contexto de los contactos familiares o sociológicos.

Estudiando las consecuencias de las enfermedades del niño *durante el primer año*, M. Loosli-Usteri ha demostrado que estos niños "se pegan" literalmente a su madre al mismo tiempo que se muestran fácilmente agresivos respecto a ella; son acaparadores. Según este autor, deben tenerse en cuenta tres factores principales como responsables de estos trastornos: la debilidad física del bebé debido a su enfermedad. Ésta crea un estado de inconsciencia muy próximo al estado intrauterino. La debilidad y los eventuales dolores producen un gran malestar frente al cual el bebé se vuelve apático; la imposibilidad de reaccionar normalmente a los estímulos exteriores. Debido a su debilidad, le faltarán las adquisiciones que habría adquirido normalmente durante la fase importante del inicio de la socialización de su desarrollo, adquisiciones que son muy difíciles de conseguir posteriormente; el miedo de los padres, sobre todo el de la madre por la vida del niño. Obligada a ocuparse con excesiva solicitud del enfermito, la madre se dedica a su bebé con una ternura excesiva, que puede ser eventualmente el único estímulo exterior capaz de arrancar al niño, aunque sólo sea momentáneamente, de su apatía. Es un sentimiento intenso y primitivo del cual, a fin de cuentas, el bebé es la víctima porque se deja literalmente devorar por esta ternura acaparadora. Entre la madre y el niño enfermo se crean nuevas formas de relación y el parasitismo reaparece. La unión entre la madre y el bebé, dice M. Loosli-Usteri, se vuelve tan estrecha que ambos lamentan renunciar a ello. Si la madre, consciente del peligro de la fijación demasiado intensa de su hijo, intenta separarlo de ella, la hostilidad puede aumentar, y en este momento puede aparecer el sentimiento de abandono.

Es evidente que la psicodinámica de la enfermedad será distinta en otras edades y que deberá valorarse lo que es carencia formativa por falta de aportaciones válidas y lo que es desorganización de la relación.

El tipo de reacciones del niño frente a la enfermedad dependerá del carácter agudo o progresivo y de la duración de la enfermedad, de la actitud de la familia, del lugar de tratamiento (en casa o en el hospital); del clima emotivo en el que se encuentran el niño y sus padres en el momento de la enfermedad, del grado de evolución afectiva del niño y de los fantasmas reactivados. En cierta medida, podemos afirmar que cada caso es especial. Hay que señalar que algunas intervenciones benignas, como la amigdalectomía, pueden ocasionar varios trastornos emotivos: ansiedad, terrores nocturnos, regresión del control esfinteriano, reanudación de las costumbres motoras (L. Jessner y S. Kaplan; K. Jackson y cols.); las modificaciones emotivas serían menores después de la intervención con anestesia, pero no se sabe que ésta puede plantear sus propios problemas por miedo a la pérdida de los controles, ani-

quilación y muerte durante la operación; H. Stork y cols., subrayan la importancia de una preparación para cualquier intervención y la frecuencia con la que cualquier operación puede activar los fantasmas de castración.

No se puede separar la enfermedad del marco familiar y dinámico en el que se desarrolla.

Las reacciones de la familia son complejas y diferentes no sólo de familia a familia sino en el interior de una misma familia porque cada miembro de la familia reacciona no solamente a la enfermedad del niño sino también frente a las reacciones de los otros miembros de la familia hacia esta enfermedad. Las reacciones son a menudo desproporcionadas e inadecuadas con relación a la gravedad presente de la enfermedad. Las reacciones familiares hacia el enfermo evolucionan de diferentes maneras. Hay que distinguir tres fases sucesivas a esta evolución, a saber: un período de conflicto inicial, un período de lucha contra la enfermedad y, finalmente, un período prolongado de reorganización y aceptación. Estos tres grados difieren en duración y gravedad de una familia a otra. En algunos casos el choque inicial puede ser extremadamente grave y producir una desorganización completa de la familia o puede ser corto y fácilmente vencido; estas dos formas pueden existir con igual gravedad de enfermedad.

H. Ellenberger se pregunta si las formas de reacción familiar no están a veces en relación con los antecedentes culturales de la familia. La enfermedad puede reactivar situaciones anteriores en las que ya estaban implicadas las relaciones madre-hijo, por ejemplo, pudiendo sentirse los padres culpables de anteriores manifestaciones de hostilidad hacia el niño o porque su nacimiento no había sido deseado. A veces el padre o la madre puede identificarse con el hijo enfermo y revivir una enfermedad que vivieron en su infancia. En otros casos, el padre o la madre pueden identificar el niño enfermo con el esposo y la esposa y actuar de acuerdo con los sentimientos existentes entre ellos (amor u hostilidad) de una manera que puede parecer a veces paradójica. Los padres pueden identificar asimismo al hijo con uno de sus hermanos y presentar una reacción parecida a la que tuvieron en el momento de la enfermedad de este hermano.

Hay que tener en cuenta diferencias de reacción de los padres frente al hecho de tener un hijo enfermo; cuando los lazos familiares son inicialmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortifica; cuando los lazos son débiles, tienden a debilitarse y mientras el niño puede ser rechazado en determinados casos, en otros puede crear un determinado vínculo. Cuando los lazos son fuertes el niño se incorpora al interior de la familia unida, pero en otros casos el fortalecimiento de los lazos de la pareja puede provocar la exclusión del niño.

Un caso especial lo constituye el síndrome inexplicable de la muerte repentina del bebé o "muerte en la cuna", que comprende alrededor del 50% de las muertes que sobrevienen entre los 20 días de edad y el fin del primer año (W. I. Halpern, 1972). La reacción inmediata de los padres consiste en aguda pena, rechazo a creerlo, cólera, culpabilidad y proyección de la censura. El descubrimiento del bebé muerto o moribundo por la madre es un traumatismo compartido a menudo con un hijo mayor de edad que puede devenir el blanco inmediato de las primeras reacciones de la madre enloquecida. W. I. Halpern expuso el efecto a largo plazo que pueden tener las acusaciones con pánico de la madre contra un niño en el momento de la muerte de su hermano en la cuna y la relación de duda espantosa, de dependencia hostil y de culpabilidad en la que madre e hijo se encierran.

2.° Las enfermedades graves

En los servicios de urgencia se han hecho estudios de los niños accidentados y especialmente de los niños con extensas quemaduras (J. Woodward; R. Seligman y cols.; N. R. Bernstein y cols.).

Además del *stress* agudo, la angustia y el sufrimiento, N. R. Bernstein y cols., llaman la atención sobre la práctica del transporte de los niños enfermos a centros médicos alejados, separándolos de su familia y produciendo regresiones catastróficas; los cuidados, a veces despersonalizados, que van a la par de una gran especialización, acrecientan estos problemas.

Se estudiaron sobre todo los problemas que plantean las enfermedades graves evolutivas, leucemias, cáncer, nefropatías.

Los psiquiatras americanos (J. B. Richmond y H. A. Wasiman; M. F. Bozeman y cols.) ya habían abordado en los años 50 el problema de las leucemias a petición de los pediatras; y, en Francia, J. Bernard y J. M. Alby (1956) habían expuesto su experiencia personal en un momento en que las terapéuticas sólo permitían alivios, fuentes de falsas esperanzas. N. Alby y J.-M. Alby analizan la situación en 1971, después de una larga experiencia y en un momento en que el problema de la leucemia del niño ha cambiado: la duración de la supervivencia, notablemente aumentada, así como la cualidad de los alivios permiten a los médicos encontrar un sentimiento de eficacia sostenido por la esperanza razonable de una curación en algunos casos; las recaídas tardías (después de los cinco años), más frecuentes, son tanto peor soportadas; se modifica la cualidad del vínculo entre el niño, su familia y el equipo médico; el abandono de los tratamientos y el recurso a los curanderos han llegado a ser raros.

Se encuentran problemas similares en los servicios de cancerología infantil (H. Lawrence).

G. Raimbault y P. Royer indican las especiales características de las frenopatías: una larga evolución interrumpida por alivios y recaídas, comportando tanto una cuasi-certeza de curación o de muerte como una incertidumbre en cuanto a las modalidades y al resultado de la evolución; por otra parte, con el desarrollo y aplicación al niño de los métodos de diálisis crónica y de trasplante, un universo completamente nuevo se crea alrededor de la fase terminal, con posibilidades de retroceso de esta fase.

Tomaremos por ejemplo el estudio de N. Alby y J.-M. Alby sobre las leucemias.

a) El niño y la enfermedad grave

El ingreso del niño en el hospital tiene lugar en un clima de angustia y de urgencia, contribuyendo a aumentar el temor el estado somático frecuentemente alarmante; el aura del diagnóstico, más que la gravedad de su estado, contribuye a crear este clima en otros; las condiciones de acogida y la forma en que se hacen cargo de él, y especialmente la sensación de eficacia técnica que opera al servicio aminorando ese clima para todos. Antes de los 3-4 años, el niño reacciona a la separación, al dolor y a las amenazas que representan los medios de diagnóstico y terapéuticos; puede presentar una sintomatología de hospitalismo; a veces se da cuenta de que está gravemente aquejado, siente la necesidad de ser asistido y acepta notablemente las molestias del tratamiento. El niño de 4 a 10 años, después de reaccionar a la agresión de la hospitalización (agitación ansiosa, lloros, anorexia), regresa; es ayudado por el estado de agotamiento ligado a la enfermedad y al tratamiento; esta regresión facilita la aceptación de los cuidados. En su relación con los familiares, ocurre a menudo que se muestra regresivo y agresivo con su madre concluyendo con el médico y la enfermera una especie de alianza terapéutica contra la enfermedad, en la que quiere tener un rol activo; esta bipartición de la relación puede ocasionar dificultades entre las madres y las enfermeras. Muchas veces, el niño parece defenderse mediante una identificación con el agresor: el médico. Desde muy pequeño se interesa por los cuidados, los exámenes y utiliza la ritualización. Algunos niños son incapaces de adaptarse y rechazan de plano lo que viene del hospital; no viene más que en función de su salida reivindicada, dependiendo exclusivamente de su madre. La intensidad del juicio que hace el niño, incluso muy pequeño, sobre el malestar psicológico así como las indecisiones técnicas del círculo médico; probablemente se trata de una exacerba-

ción crítica originada por la ansiedad; el niño establece un lazo positivo con el servicio en la medida en que está físicamente aliviado y se siente atendido eficazmente; es extremadamente sensible a la ansiedad de los familiares. Algunos niños padecen, con motivo de su afección o de las terapéuticas, trastornos biológicos brutales y graves, seguidos de una especie de marasmo, y añadiendo a su agotamiento una retirada, un desinterés frente a su cuerpo. Hay que distinguir estos estados de las regresiones de la conducta, más próximas de las manifestaciones histéricas: inhibición de las funciones motoras, anorexia, rechazo del lenguaje, sobre las cuales puede tener un efecto rápidamente positivo la interpretación del miedo y de la agresividad.

b) Los padres y la enfermedad grave del niño

El ingreso en un servicio especializado en cáncer y hemopatías malignas ya puede imponer a los padres la realidad del diagnóstico, pero también una esperanza en la eficacia terapéutica aumentada. En estos centros, la puesta en marcha del tratamiento y el contacto con otros niños gravemente aquejados constituyen un traumatismo ante el cual la madre se siente en peligro al igual que su hijo; una inhibición intelectual refleja a menudo esta amenaza en los padres, entorpeciendo el contacto con el equipo de curas en un momento especialmente importante; las madres necesitan ser comprendidas al nivel de su regresión y de su miedo; a través de su rebelión, denegación y angustia, es posible captar, en lo que dicen, los elementos de una vivencia personal; el reconocimiento del desconcierto y la aceptación de las reacciones emotivas, cuya intensidad desborda momentáneamente el control, permiten un respiro. Luego, las necesidades cotidianas del niño enfermo permiten, imponer incluso, un retorno a lo real; muchas familias limitan desde entonces su interés a los exámenes, a los ritos terapéuticos, obsesionalizando con ellos su existencia. Otras, más histéricas, suprimen masivamente la angustia o se protegen mediante una dramatización muy externa. Los padres están a menudo aquejados, en particular por un sentimiento de impotencia que amenaza su rol de protector; sus reacciones de huida, de ansiedad o de prestancia pueden agravar entonces la tensión para todos.

En los periodos de remisión, como los observados frecuentemente en las leucemias, incluso el respiro se acompaña de un desconcierto ante el imposible dilema: proyectarse en el futuro y esperar, prepararse al luto mientras se continúa haciendo "como si"; algunas familias lo resuelven dotando al médico de una omnipotencia en la que participan mágicamente, lo que facilita el arreglo inicial de la relación terapéutica, pero comporta un riesgo mayor en caso de incidente o de recaída; la tentación de la superprotección es difícil de controlar; corre paralela a una verdadera omnipotencia del niño, proyección de sí-mismo, que deviene un objeto precioso idealizado, pero a distancia.

De un modo general, los padres intentan defenderse contra la angustia de una enfermedad grave de su hijo mediante el bloqueo de la vida imaginaria, la denegación y la ritualización; la relación regresiva establecida por algunas madres parece constituir una tentativa para huir del riesgo depresivo.

c) Reacción del equipo médico

El niño y los padres no son los únicos protagonistas del drama. El equipo médico, las enfermeras sobre todo, no escapan; éstas hacen muchas curas difíciles, sabien-

do que muy raramente tendrán la gratificación que representa para ellas la curación; soportan los sufrimientos físicos, la angustia de los niños y de sus familias, encariñándose con los niños al mismo tiempo que temen este cariño. El médico puede vivir sus problemas personales, reviviscencia originada por la angustia del niño y de los padres; a veces, a fin de soportar mejor lo ineluctable, el médico puede adoptar una actitud de investigación científica que le procura un refugio necesario, la justificación indispensable, la esperanza de curar un día, o adoptar una cierta distancia, fruto de su experiencia psicológica, o desahogarse con un especialista, psicólogo o psiquiatra.

G. Raimbault y P. Royer subrayan que, para el médico, las dificultades a nivel de relación aparecen de manera predominante en el momento de la ruptura que coincide con el fin del acto técnico o con los límites del saber médico; encontrándose desasistido, ya no puede sostener la relación y experimenta la necesidad de mantener un mecanismo de defensa viendo sólo al niño desde el punto de vista de un enfermo, objeto de praxis e investigación; pierde de vista el rol y lugar del niño en su familia; hiperposesivo, mantiene al niño en su dominio, el hospital, incluso en el caso de una mejoría o, al contrario, prolongando en demasía los exámenes y cuidados de efecto muy dudoso. Un proceso de denegación aparece especialmente en los médicos que no pudieron dialectizar su rol médico en la doble función de agresión y empatía. Durante la relación entre la familia y el médico, la demanda explícita de la familia está intrincada en la demanda implícita del médico, siendo a partir de esta confrontación cuando se modela el modo de funcionamiento del médico, determinado por su temática personal a base de sentimientos de culpabilidad, de necesidades de reparación y de combatividad.

3.° Problemas particulares

a) El secreto

Para el conjunto del equipo médico se plantea el problema de evaluar las reservas emotivas de los padres, lo que saben de la enfermedad, si desean conocer la gravedad del caso, cuáles son las implicaciones frente a los otros miembros de la familia, en fin, la elección del padre al que se confesará la verdad.

Pero ¿qué decir a los niños? En Francia es costumbre mantener el secreto. En los Estados Unidos son diversas las actitudes adoptadas (J. Vernick y M. Karon; A. J. Solnit y M. Green), y este problema fue objeto de una investigación cerca de los médicos de Nueva York (J.-M. Wiener, 1970). Como dicen N. Alby y J.-M. Alby, todos los que intentaron comprender las necesidades del niño coinciden en que hay dos actitudes a evitar: guardar el silencio a cualquier precio manteniendo una atmósfera de complot insoportable eludiendo cualquier pregunta del niño relativa a su enfermedad; el niño lo comprende de modo que evita hablar de ello o hablar a secas, lo que no significa que no tenga necesidad de hacerlo; al contrario, "revelar" por norma su diagnóstico y la amenaza que pesa sobre él expresa a menudo en el adulto la necesidad, completamente inconsciente, de "confiar" al niño el peligro que corre como para liberarse de él.

b) La muerte del niño

El problema de la muerte del niño ha sido abordado por numerosos autores (N. Alby y J.-M. Alby; G. Raimbault; J. Weil; H. Lawrence; H. L. Friedman; A. J. Solnit; J. Vernick y M. Karon; S. Yudkin). Consideraremos sobre todo las enfermedades

de evolución progresiva ineluctable que duran hasta la muerte. Pero la muerte del niño también puede ser brutal, accidente o enfermedad aguda, constituyendo entonces para los padres un choque emotivo violento.

Aunque el niño no tiene una clara representación de su muerte (véase la *representación de la muerte en el niño*, pág. 437), tiene miedo de sufrir, de estar "aún más enfermo", de ser apartado. Como dicen N. Alby y J.-M. Alby, en algunos casos parece incluso presentir su muerte de un modo ineluctable. En el período terminal, si no está hundido por el malestar físico, habla de lo que le amenaza, muchas veces de manera negativa. Algunos no dicen nada pero rechazan los cuidados, quieren volver a casa reclamándolo de manera especial; la madre puede estar englobada en el rechazo masivo del mundo exterior; el niño se aísla, como si huyera antes del abandono que teme, o que ya no soportará a los que van a dejarlo, que lo abandonan y ya no saben prestarle socorro. Uno de los pocos medios para aliviarlo, aparte de los sedantes, tranquilizantes y antálgicos, consiste en el contacto corporal y (si el niño lo acepta para sí) la expresión verbal de lo que podemos conocer de su sufrimiento, de su miedo al abandono, en términos muy concretos y de un modo a veces muy regresivo.

Incluso antes de estar aislado en la muerte, dice G. Raimbault, el niño está separado de los demás vivientes que quieren tranquilizarlo y obrar como si todo fuera bien. Sin embargo, el niño presiente lo que pasa en su cuerpo, ve la tristeza de los demás, sabe que está llamado a morir y sólo pide que se le hable de ello, a poco que encuentra a alguien que sea capaz de entablar diálogo con él. El niño pequeño percibe la muerte como una separación, como un aislamiento, como una ausencia. Va a faltar para los que quedan y se siente culpable de no estar con los que le aman; se acusa de hacer sufrir a todos los que le rodean y se pregunta por otra parte qué falta ha cometido para ser así castigado.

Aunque algunos adolescentes manifiestan ideas de suicidio y otros llevan a cabo un cierto modo de suicidio mediante el rechazo del mundo exterior y de la terapéutica, podemos señalar, con N. y J.-M. Alby, la escasez de suicidios.

En el caso de una enfermedad grave evolutiva, la noción de incurabilidad pone en tela de juicio (para el médico) el problema de sus conocimientos y de su actitud frente a la impotencia. La muerte forma parte de su problemática personal y social, siendo anulada a menudo por el médico, que no quisiera estar implicado sino ser irresponsable: quiere estar allí para curar y no para ayudar a morir, dejando este rol a los curas, a los pastores y también a los psicólogos. Olvida, sin embargo, dice G. Raimbault, que, incluso si esta muerte sella un fracaso en su lucha contra la enfermedad, tiene un rol terapéutico que desempeñar, antes de la muerte, cerca del niño, y, más allá de la muerte, cerca de la familia; si no lo hace, habrá experimentado un doble fracaso.

El médico se siente culpable, pues la amenaza de la muerte que se cierne sobre el niño lo acusa en su función. Algunos médicos prefieren mantener la ilusión a cualquier precio y no decir nunca, hasta el final, que el niño está aquejado de enfermedad mortal.

Según N. y J.-M. Alby, la inminencia de la muerte del niño suscita el miedo y la huida tanto en los que lo aman como en los médicos desprovistos de poder; despierta en cada uno de nosotros temores primitivos de abandono. Es la imagen inaceptable, imagen de un proyecto sin cumplimiento.

En el caso de enfermedades crónicas, los padres y la familia están intranquilos desde hace meses o años; a pesar de lo inaceptable que es, la muerte se soporta mejor cuando los padres pudieron hacer un trabajo de duelo progresivo, ocuparse del

niño, cuidarlo mejor y mimarlo (N. Alby). Para los padres que ven al niño declinar poco a poco y sufrir, la muerte puede parecerles como una liberación para el niño; las reacciones son menos dramáticas cuando los padres tuvieron tiempo de habituarse progresivamente a esta muerte (G. Raimbault).

Cuando la muerte está próxima y no hay remedio, la realidad viene bruscamente a batir en brecha los mecanismos de defensa: este período crítico hace resurgir muchas veces las conductas patológicas observadas durante la elaboración del diagnóstico. El agotamiento emotivo puede conducir a la descompensación de los padres, que hasta entonces habían podido mantener un cierto equilibrio. Se observan reacciones patentes o latentes de abandono; algunos ya no soportan seguir con el niño enfermo y verlo sufrir (N. y J.-M. Alby).

Según N. y J.-M. Alby, merece señalarse la frecuencia de embarazos relativamente tempranos en el transcurso de la enfermedad, al cabo de un año, y muchas veces "preventivamente" durante un alivio. Es evidente la significación reparadora y la necesidad de restaurar una buena imagen materna, pero es poco lo que sabemos de la evolución entre la madre y su nuevo hijo.

Hay que ayudar a estas familias a hacer su duelo. Los psiquiatras adultos observan muchas depresiones y descompensaciones debidas a la soledad en que se encuentran los padres, la rememoración de escenas penosas y la incapacidad de invertir en otra parte toda la energía investida en su hijo durante la enfermedad. A veces, el culto del niño muerto puede ser perjudicial para el equilibrio familiar, culto compartido a veces o en el que adquieren forma nuevas separaciones.

B. — LAS LIMITACIONES FÍSICAS

Distinguiremos en este grupo, y esta distinción nos parece muy importante, el problema planteado por los niños que viven en "enfermedad en fase de estado" y los que presentan una "enfermedad secuela".

I. — LOS MINUSVÁLIDOS "EN ESTADO DE ENFERMEDAD"

1.º *El niño diabético*

El niño es esclavo de su tratamiento cotidiano de los imperativos impuestos por el tratamiento insulínico y por el régimen dietético. Por ello, además, el niño diabético ocupa un lugar particular en el cuadro familiar y la familia debe acomodarse a esta situación; su evolución escolar puede ser interrumpida por hospitalizaciones debidas a accidentes hipoglucémicos o acidóticos. En estas condiciones se puede hablar de una "personalidad diabética".

La mayoría de autores consideran que el nivel intelectual no presenta particularidades y que la repartición de los C. I. de grandes grupos de jóvenes diabéticos no ofrece dispersiones específicas (M. Manciaux y cols.), salvo tal vez cuando la diabetes se inicia antes de los cinco años. El nivel escolar puede ser inferior, sobre todo en los niños en que la diabetes comienza pronto y cuando existen largas y frecuentes hospitalizaciones.

En la anamnesis de adolescentes diabéticos, E. P. Stein y V. Charles (1971) comprueban pérdidas paternas (muerte, separación, divorcio) o graves trastornos familiares

en una proporción significativamente elevada, lo que (según ellos) responde a la hipótesis de que un individuo fisiológicamente sensible es susceptible, en un clima de *stress* afectivo, de desarrollar manifestaciones clínicas de diabetes. Se ha demostrado, por otra parte, la importancia de los shocks emocionales o de los problemas afectivos en el desarrollo de la enfermedad: modificaciones de la glucemia por factores emocionales o por actitudes inconscientes respecto a la terapéutica. Según M. Manciaux, los niños diabéticos se caracterizan por una "emotividad acentuada" con una actitud particularmente notable a ser alterados por causas cuya repercusión psicosomática es desproporcionada con los móviles que los desencadenan. Se observa en estos niños una inestabilidad del humor con irritabilidad así como una inmadurez afectiva que se traduce por una gran necesidad de protección, una voluntad veleidosa, una falta de confianza en sí mismos, y finalmente una dependencia prolongada respecto a uno o de ambos padres.

Como indica G. Bleger, la actitud del medio puede agravar las reacciones del niño, ya sea por indiferencia y rechazo, como por adhesión escrupulosa y rígida, casi ritual a las reglas de los tratamientos, o bien por hiperprotección e indulgencia. Estudiando la actitud de los padres de 93 sujetos, M. Manciaux encuentra 50 veces la existencia de una actitud inadecuada de los padres respecto al enfermo y la enfermedad. La adaptación de los padres depende ante todo de su personalidad, pero existe, por otra parte, una correlación entre el valor educativo de los padres y el nivel material y cultural; la actitud de los padres también está influida por los elementos de la historia de la diabetes, los inicios más o menos dramáticos, la evolución más o menos sembrada de incidentes. Por otra parte, existe una correlación entre las frecuentes estancias en el hospital y la mala adaptación de los padres, pero se desprende, además, que los niños cuyos padres tienen una actitud adecuada presentan proporcionalmente la adaptación más satisfactoria.

La reacción del joven diabético frente a su enfermedad depende evidentemente de la historia de ésta y de la reacción de los padres, pero parece distinta según la edad (M. Manciaux y cols.). Antes de los 10 años el disimulo y la rebeldía son raros, los más pequeños tienen más bien tendencia a sufrir pasivamente su enfermedad, en los cuales, además, la toma de conciencia es bastante imprecisa. Tienen también la tentación, más frecuente en las niñas, de explotar su situación de enfermos a fin de sacar provecho. Después de los 10 años, algunos diabéticos tienen la necesidad de disimular su enfermedad, los unos por vergüenza, otros por deseo de autonomía. En el adolescente es frecuente el sentimiento de limitación existencial y, correlativamente, existen actitudes negativas a veces con rebeldía que repercuten sobre las relaciones con los educadores, los padres y los maestros.

G. Bleger considera que son frecuentes las tendencias depresivas y la ansiedad presente en la mayoría de los jóvenes diabéticos, angustia disimulada o inquietud consciente frente al porvenir, y que esta angustia puede producir ideas de suicidio. Entre 250 casos estudiados por este autor se encuentran 8 tentativas de suicidio, 3 de las cuales son mortales y 7 chantajes de suicidio.

Desde el punto de vista escolar profesional se deberán intentar superar un cierto número de reticencias. Si el estado médico lo permite, debe hacerse seguir al niño el curso normal en los colegios ordinarios. Si se impone el internado, el niño debe ser vigilado por el médico escolar, por un médico especialista o bien pueden encontrarse soluciones mixtas, como el hotel de noche que existe en Niort para niños diabéticos que frecuentan durante el día las distintas escuelas de la ciudad.

Respecto al porvenir profesional de estos niños y adolescentes, no parece estar limitado más que por el equilibrio obtenido por la terapéutica. Actualmente, los

médicos diabetólogos y de orientación profesional se han puesto de acuerdo sobre cinco categorías de ocupaciones que deben ser desaconsejadas a los diabéticos (C. H. Gezequel: ocupaciones de seguridad y ocupaciones peligrosas; ocupaciones que exijan una tensión nerviosa permanente; ocupaciones con horarios irregulares; ocupaciones que expongan a las infecciones y ocupaciones que fatiguen la vista o impliquen una atención visual permanente). Si se exceptúan estas ocupaciones parece justo orientar a los diabéticos hacia las profesiones liberales, comerciales o los empleados administrativos.

2.º El niño hemofílico

La hemofilia, enfermedad hereditaria recesiva ligada al sexo, transmitida a los hijos por la madre, plantea problemas particulares. En efecto, la mayoría de las funciones del hemofílico, excepto sus trastornos sanguíneos, son parecidas a las de los individuos sanos. La vida del hemofílico sería normal si la vida animal no comportara relaciones con un medio, relaciones cuyos riesgos, en forma de lesiones (hemorragias), deben ser afrontadas por el enfermo. Se puede, hasta cierto punto, decir que la hemofilia es una "malformación" y que se transforma en una enfermedad cuando aparecen las hemorragias. Pero el problema psicosocial está relacionado con los riesgos que el niño corre a causa de los eventuales traumatismos, de las consecuencias de estos traumatismos en función de la limitación motora que producen y de los dolores que los accidentes hemorrágicos intraarticulares o intramusculares producen.

El nivel intelectual no presenta particularidades. Sin embargo, algunos autores hablan de una madurez precoz en los niños hemofílicos.

En la realidad, el niño hemofílico se siente limitado en sus actividades. Para evitar los choques o traumatismos que producen accidentes hemorrágicos, el joven hemofílico (que siempre es un niño, como hemos dicho), deberá limitar su normal turbulencia, las expresiones de su agresividad, los juegos violentos; se limitará, después de los consejos recibidos, a los que se añaden el temor, fruto de la experiencia, y el miedo, fruto de la prudencia, o de una cierta disposición de ánimo, en todas sus actividades. En estas condiciones el niño hemofílico, con el temor de un peligro, vive o es obligado a vivir una vida sin riesgo, vida muelle que es lo contrario de la realidad. Lo más frecuente es observar en estos niños un recurso a la pasividad que favorece la inhibición intelectual y emocional, mientras que en la edad escolar pueden aparecer reacciones de oposición agresiva que dificultan la adaptación familiar y escolar (J. M. Alby y otros).

El papel desempeñado por la familia es capital (W. J. Rowne y cols., J. M. Alby y cols., A. Mattsson y S. Gross) y se manifiesta en forma de ansiedad de la madre que vive constantemente los peligros de la hemofilia, lo que produce generalmente una actitud hiperprotectora, una cierta culpabilidad cuando es consciente del papel desempeñado por ella en la transmisión hereditaria y también la culpabilidad latente y fácilmente puesta de manifiesto en el contexto de las relaciones madre-hijo. A este nivel deben establecerse relaciones psicoterapéuticas, a fin de que el niño salga de su estado de dependencia, sufrido e impuesto, pero contra el cual se rebela a veces a fin de llegar a una cierta autonomía.

La escolarización de estos niños debe encontrar soluciones variadas (D. Alagille, F. Streiff). Parece que entre los 1.300 hemofílicos de Francia, el 50% están en un medio escolar normal, pero de hecho, la escolarización de los hemofílicos no puede ser regulada por una solución estándar. Existen toda una gama de soluciones: ense-

ñanza a domicilio por correspondencia; ingreso de los jóvenes niños hemofílicos en las escuelas primarias de las niñas, lo que parece haber fracasado debido a los inconvenientes psicológicos que esto implica; enseñanza en cursos privados: internados medicoescolares especializados; hoteles medicoescolares; maestros especializados en el hospital.

La formación profesional de estos niños debe orientarse hacia profesiones sedentarias (P. Izarn). Así entre las profesiones recomendadas pueden destacarse las de empleados de oficinas, trabajos en la industria relojera o electrónica, diseñador industrial o publicitario, etc. La organización de una enseñanza comercial y técnica en un instituto médico escolar para jóvenes hemofílicos es un proyecto que merece tenerse en cuenta.

3.º El niño cardíaco

Las cardiopatías congénitas en el niño desde que existe la posibilidad de corrección quirúrgica, han llegado a ser un tema de estudio cuyo interés ha aumentado. El problema se centra aquí igualmente sobre el plano del nivel intelectual y de la organización afectiva.

Los C. I. inferiores a 90 se encuentran en el 55% de los casos, según los trabajos de J. Bret y C. Kohler; por el contrario, N. Rausch de Trautenberg, H. Schlange y B. Landtman y cols., no los encuentran más que en el 37 y 26% de casos respectivamente. Según N. Rausch de Trautenberg, se encuentra en estos niños una frecuencia de nivel intelectual débil con dificultades de organización perceptiva, déficit motor, lentitud de ejecución, déficit que es más acentuado en los sujetos cianóticos.

Casi todos los autores han insistido en la importancia que hay en dar en estos niños a los factores emocionales, algunos ponen el acento en el estado de ansiedad de la madre, que repercute sobre el enfermo. Los niños, en efecto, se dan cuenta de la importancia de su afección, del valor del corazón en cuanto órgano vital, de los peligros que corren y de la posibilidad de invalidez o de muerte, aunque esto no se diga claramente. Según N. Rausch de Trautenberg, algunos niños presentan, a la inversa de la ansiedad, un estado de pasividad y de inercia.

Desde el punto de vista patogénico, se han propuesto diversas hipótesis. Para unos, el carácter crónico de la enfermedad, por una parte, y el medio familiar, por otra, tienen una influencia más sensible que la de la enfermedad por sí misma (E. C. Neuhaus); para otros, la evolución psicológica de estos niños sería tributaria en una cierta medida de las lesiones cerebrales debidas a una irrigación insuficiente (H. Schlange); para otros, en fin, hay que preguntarse si el proceso mórbido global y complejo no es el responsable de la malformación y de los signos clínicos asociados (J. Bret y C. Kohler). N. Rausch de Trautenberg admite que el niño cardíaco gravemente afectado se comporta en sus rendimientos de adaptación como un "orgánico", pero que el menos afectado es tributario de una falta de estímulos socioculturales y afectivos.

Los resultados de las intervenciones quirúrgicas pueden modificar los trastornos presentados por estos niños. Así, V. V. Kovalev encuentra que los débiles pueden mejorar su eficiencia, que los mentalmente poco afectados, pero caracteriales e indisciplinados, se benefician de la operación, pero se encuentran pocas modificaciones en los cardíacos mongólicos.

4.° Otras enfermedades

El reuma articular agudo fue durante mucho tiempo un estado de enfermedad. Tiende a ser mejor controlado y las recaídas han llegado a ser raras.

La tuberculosis de los niños es rara en los países desarrollados, llevando a cabo la O. M. S. campañas de vacunación BCG en los países en vías de desarrollo. Planteó durante mucho tiempo problemas medicopsicológicos y socioeconómicos (véase *Concours medical*, 1960).

II. — LOS MINUSVÁLIDOS "AFECTOS DE SECUELAS"

1.° Trastornos del desarrollo físico y deformaciones corporales

Con J. Hampson y J. Money, podemos distinguir en los trastornos del desarrollo físico: debilitación del desarrollo, aceleración del crecimiento y distorsiones del crecimiento. Estos autores discuten particularmente el problema del nanismo y de la precocidad sexual idiopática.

El enano da lugar a todo tipo de burlas y organiza su personalidad frente a estas agresiones externas, juega o hace un juego de su pequeñez, pero estas burlas mismas, a menudo desencadenadas por él mismo a fin de evitar la agresión, son una gran fuente de sufrimiento. Los acondroplásicos, en particular, los bufones del rey, hacían de su vida un juego en el que participaban los demás. Estos niños tienen necesidad de ayuda, lo más a menudo se complacen en una vida fantasmática. Como dicen estos autores, se debe animar a estos niños a hablar de sus problemas, de sus fantasmas y de sus desilusiones, pero el nivel de discusión debe colocarse no en relación a la enfermedad sino al desarrollo mental y emocional de su edad.

Considerando el enanismo en función de la edad del niño, P. W. Drash subraya que, hasta los 5 años aproximadamente, el niño es poco consciente de una enfermedad subjetiva asociada a su talla, pero a los padres les resulta difícil aceptar la talla del niño y tratarlo según su edad; los años más difíciles para el niño son simbólicamente los del comienzo de la adolescencia, durante los cuales el problema del enanismo se complica a veces con una falta de desarrollo sexual. Los efectos de la terapia por la hormona de crecimiento para el enanismo hipofisario parecen depender de factores tales como la personalidad antes del tratamiento y la edad en que dicho tratamiento comienza; la inteligencia parece poco afectada, pudiendo sobrevenir cambios favorables en la personalidad.

El gigantismo puede plantear problemas a veces equivalentes.

Algunas fealdades o deformaciones pueden acarrear distorsiones de la imagen corporal. El niño adquiere la noción de su cuerpo por la experiencia sensoriomotriz o por la erotización de determinadas partes del cuerpo. Ante una fealdad personal especial o una deformación parcial, el niño puede reaccionar por un investimento o por una negación parcial, pudiendo adoptar la madre una actitud de rechazo, de indiferencia o igualmente de negación. La combinación de estos hechos puede acarrear distorsiones de la imagen corporal o la negación de las partes del cuerpo (véase página 355 Dismorfestesia).

El problema planteado por los niños con "handicap" de los miembros superiores fue objeto de un estudio de D. Colin y M. Ritaine (artrogriposis, amputación, parálisis obstétricas, etc.). Los problemas de los niños focomélicos fueron objeto de especial interés tras el drama de la talidomida. Así, T. Goudin-Décarie expuso un estudio de 22 niños de éstos, que padecían malformaciones de las extremidades superiores (manos y brazos), de las extremidades inferiores (piernas y pies), o de ambas extremidades a la vez, yendo la gravedad de la malformación de la sindactilia a la focomelia cuádruple. Se continuó este estudio durante varios años; solamente indicaremos las primeras observaciones de T. Goudin-Décarie hechas cuando estos niños tenían 1, 5 a 3, 8 años. Su inteligencia (difícil de apreciar debido a que la mayoría de las escalas de desarrollo para esta edad comprenden principalmente ítems en relación con la motricidad o la prensión fina) se evaluó por la escala de desarrollo mental de Griffiths habida cuenta del handicap; si la curva de los C. I. es inferior a la de la población general, el autor halla que (con excepción de los niños que, además de las malformaciones de los miembros, tenían serias deficiencias asociadas debidas a la talidomida), los porcentajes bajos están en relación con el tiempo pasado en las instituciones y no con el grado de malformación; por otra parte, parece haber un perfil típico bastante inadvertido, cualesquiera que sean el método de evaluación y el entorno, constituyendo el lenguaje el dominio más afectado y siendo la más elevada la escala mano-ojo (comprendiendo lo que podía hacerse con los pies o la boca). A juicio de J. Piaget, se adquiría (incluso hasta su último estadio) la permanencia del objeto, evaluada según una escala de T. Goudin-Décarie, entre el 24 y el 31 mes (normalmente entre el 18 y el 24 mes), incluso en el caso de niños minusválidos graves y, en algunos casos, ingresados en la institución desde el nacimiento. Estudiando el desarrollo afectivo de estos niños y, más específicamente, sus relaciones de objeto, T. Goudin-Décarie no halla, en este estadio del desarrollo, ninguna relación entre la clase de malformaciones y el desarrollo del objeto; un niño que padece malformaciones graves puede mostrar una notable sociabilidad, mientras que otro sujeto menos con "handicap" puede revelar una trágica falta de afecto a los humanos.

Según D. W. Winnicott, muchas deformidades físicas no son de una naturaleza tal que un bebé podría ser consciente en cuanto anomalías. De hecho, el niño pequeño tiene tendencia a suponer que lo que existe es normal. Según este autor, el niño que tiene una deformidad puede llegar a ser un niño sano con un self no deformado, y el sentimiento que de ello tiene está fundado en la vivencia como persona aceptada. Las distorsiones del yo pueden provenir de las distorsiones de la actitud de los que se cuidan del niño. El self, el sentimiento que de él tiene el niño y la organización de su yo pueden estar intactos porque se apoyan en la base de un cuerpo que era normal para el niño en el transcurso de su período formativo.

2.° Los niños afectos de limitación motriz

En el grupo de los trastornos neuromusculares distinguiremos tres tipos: los parálisis cerebrales, los miopáticos, y la poliomiелitis anterior aguda y sus secuelas.

El paralítico cerebral. — El paralítico cerebral plantea problemas particulares debido a la afectación del sistema nervioso central y de la importancia de la participación cortical que puede ocasionar un déficit intelectual más o menos acentuado y al que puede asociarse una epilepsia.

El psiquismo del niño parálítico cerebral está alterado por diversas razones: dificultades personales para adquirir conocimientos, dificultades para establecer relaciones humanas, necesidades afectivas particulares de sentir la confianza de su familia y de su medio, de ser tomado en consideración por sus amigos, por las personas mayores, de dar y recibir afecto, de sentir alrededor de él una situación estable y firme y de someterse a una disciplina personal.

La orientación profesional en los enfermos parálíticos cerebrales es, como indican N. Laiter y otros, una tarea difícil y desalentadora desde el primer momento. El 20% de la población general parálítica cerebral es capaz de integrarse en la sociedad debido a la relativa discreción de la limitación motora; los otros tendrán, con algunas excepciones, enormes dificultades de colocación laboral. Para estos autores sería indispensable la creación de hogares de asistencia, tales como los previstos por la Ley francesa de 1957. En estos hogares de asistencia por el trabajo, nada impediría la existencia de verdaderos talleres del tipo "taller protegido", pero sin esa noción de rentabilidad total que en principio caracteriza a estos últimos.

El miopático. — El problema planteado por los miopáticos tiene también características propias. Sabemos que desde A. Joffroy (1902), algunos autores han reunido bajo el término de "miopsiquias" una asociación de trastornos musculares y mentales, en particular la debilidad mental. Debe señalarse, sin embargo, que en las monografías de R. Adams y D. Denny-Brown sobre las enfermedades musculares no se citan trastornos mentales, y que en el trabajo de R. B. Aird (1962) dice este autor explícitamente que en la miopatía no hay trastornos psíquicos. Por contra, como indica P. Dague, la mayoría de los autores que estudiaron el nivel mental de las miopatías (trabajos importantes, sobre todo a partir de 1960) concluyen con la existencia de una deficiencia mental, situándose el C. I. medio entre 82 y 86. Este autor juzga, sin embargo, que no todos estos estudios satisfacen en los criterios legítimamente exigibles en investigaciones de este género. Por su parte, hace un estudio más sistemático de una muestra precisa (muchachos entre 5 y 15 años), partiendo de 103 niños aquejados de la enfermedad de Duchenne de Boulogne. El C. I. en el W. I. S. C. muestra que la media de su nivel se sitúa alrededor de 82 y 88; el 40% de sujetos tienen un C. I. inferior a 80 y el 22% un C. I. inferior a 70. Los restantes tests (escala de Columbia, dibujo de Goodnough), arrojaron resultados parecidos. Según este autor, podemos llegar a la conclusión de una presencia significativa de la deficiencia intelectual en la miopatía, como ya lo habían revelado recientes estudios anglosajones a partir de muestras menos numerosas. Esta deficiencia no puede ponerse en correlación ni con la edad del sujeto, ni con el estadio del desarrollo de la enfermedad, ni con el modo de transmisión, ni con el porcentaje de enzimas séricas, ni con la existencia de trastornos electroencefalográficos. Estudiando la actividad mental y la conducta escolar de esta clase de niños en relación con un grupo de niños con buena salud y de deficientes físicos sin "handicaps" motores, P. Dague y M. Temboury hallan que los miopáticos parecen en términos generales inferiores a los otros niños en determinados aspectos de la actividad mental (percepción, memoria) y de la conducta escolar (comprensión, atención, esfuerzo, ritmo). Aunque la maduración perceptiva visual corresponde en general al nivel mental, la organización perceptivomotriz es inferior; la memoria es especialmente deficiente, incluso en los sujetos de inteligencia normal; estos niños se caracterizan por la lentitud de la comprensión y del ritmo de trabajo, así como por la dificultad de sostener la atención. Según dichos autores, la deficiencia intelectual agrava estas dificultades pero no las crea.

Muchos consideraron que los trastornos mentales eran ajenos a la enfermedad muscular en calidad de tal. En 1931, E. D. Anderson había relacionado el retraso presentado por los miopáticos con factores reactivos o de ambiente. G. Meldolesi (1935) dio valor a los factores sociales. Basándose en un estudio psicológico de un grupo de 30 niños miopáticos, C. Ravenna, J. Ferrari y A. Turinense (1962) describen los siguientes trastornos afectivos: inhibición, indiferencia, falta de curiosidad, puerilidad, trastornos del juicio, estrecha dependencia del ambiente, trastornos del carácter, etc., asociados a menudo a un cociente intelectual bajo. Según estos autores, estas deficiencias no están verosimilmente supeditadas a la misma miopatía y a su factor causal; están relacionadas con el estado de inferioridad física, y las dificultades de inserción social de los niños cuyo déficit sobreviene en un momento especialmente delicado de la estructuración de la personalidad. En este caso, habría que hablar de un simple retraso del desarrollo mental más bien que de una deficiencia mental congénita. A continuación de algunos trabajos (J. Demos), parece que se ha juzgado, equivocadamente, la miopatía como un trastorno solamente local y los trastornos mentales que le están asociados como puramente reaccionales.

Entre otros tipos de trastornos musculares, retendremos la enfermedad de Thomsen que se caracteriza por una dificultad en la descontracción. Aunque puede aparecer en el niño pequeño, de ordinario su diagnóstico es tardío. A consecuencia de esta afección, Thomsen había descrito algunos trastornos psíquicos; pero la mayor parte no constituyen más que asociaciones fortuitas. Por contra, en la enfermedad de Steinert (miotonia atrófica asociada a trastornos endocrinos, oculares y pilosos), los trastornos mentales (D. Klein) están lejos de ser raros. Se caracterizan por un grado de oligofrenia más o menos acentuada (R. Calderon) o simplemente por una bradipsiquia, a menudo progresiva, o por una apatía y una indiferencia, siendo evolutiva la deteriorización psicoafectiva.

La amiotrofia espinal infantil de Werdnig-Hoffmann (afección hereditaria de los bebés y los niños muy pequeños, sin estar acompañada de trastornos psiquiátricos especiales), así como un grupo heterogéneo de "niños blandos" (que presentan una "hipotonía congénita benigna" o un "retraso en la aparición del tono") deben de ser distinguidos de la enfermedad de Foerster, síndrome atónico-astásico que comporta trastornos mentales de origen encefalopático.

La poliomiélitis anterior aguda y sus secuelas. — La importancia del problema ha disminuido considerablemente; la poliomiélitis anterior aguda ha llegado a ser muy rara. Remitirse al estudio: Infancia, n.º especial, 1961.

C. — LA NOCIÓN DE MINUSVALÍA Y LA PERSONALIDAD DEL INVÁLIDO

Hay varias formas de no ser normal. En primer lugar debe distinguirse la enfermedad de la anomalía. En efecto, se enferma no sólo con referencia a los demás, sino también con relación a sí mismo; por el contrario, lo característico de la anomalía es ser constitucional, congénita, y el portador de una anomalía no puede compararse a sí mismo. La anomalía puede incluirse en la enfermedad pero ella no es en sí misma una enfermedad. El focomélico no puede compararse con un niño que ha perdido sus brazos.

La invalidez es un estado de hecho. Según la edad en que aparece, el sujeto puede compararse a sí mismo; si aparece a una edad precoz toda comparación es difícil, ya que el sujeto no lo ha experimentado como diferencia. Pero anomalía o invalidez precoz implican un paralelismo con una norma social, comparándose el individuo con los demás.

F. van Roy considera que la palabra "minusválido" debería distinguirse de la de inválido. El término genérico de inválido se refiere a la causa (paralizado, mutilado, etcétera), mientras que la palabra minusválido evoca una idea constructiva, la de una inferioridad que debe compensarse en una competición normal.

¿Acaso se podría distinguir así la noción de invalidez que implica un déficit y la noción de minusvalía que implica la organización de la personalidad del niño deficitario?

Un déficit implica una insuficiencia, pero si el mundo estuviera formado de focomélicos, la focomelia sería lo normal, y si por azar un niño naciera con brazos sería una anomalía. ¿Sería una anomalía positiva? No podemos asegurarlo, ya que la sociedad estaría organizada sobre la base de una ausencia de miembros superiores a la existencia de éstos sería, tal vez, una molestia en esta sociedad mecanizada de otra forma. Por otra parte, no podemos decir que estos miembros serían utilizados de la misma forma que los utilizamos en nuestra sociedad.

En conjunto, ya sea anormal o inválido, el niño es otro, diferente de los demás en nuestra sociedad. Por ello, se sentirá distinto y será diferente en la organización social hecha para seres completos y organizados para la realización completa del ser. Desde este punto de vista una anomalía, normativamente hablando, tal como la zurdería, es una limitación en un mundo organizado para individuos manidextros, ya que determinados instrumentos sólo están hechos para el uso de la mano derecha y ejercicios simples como los de nuestra escritura, que va de izquierda a derecha, están hechos para la mano derecha.

Una anomalía o una invalidez es un estado incompleto. Sabemos que en algunos casos el adulto llega a compensar su déficit por mecanismos psicofisiológicos complejos, así ocurre con el miembro fantasma de los amputados. La ausencia discutida de un miembro fantasma en los focomélicos, o bien en los amputados en una edad precoz, plantean problemas que merecen una mayor discusión que hemos tratado en otro lugar.

¿Se puede proponer un mecanismo general que permita explicar las repercusiones psicológicas del minusválido? Como hipótesis de trabajo, F. van Roy intenta explicar la psicología del inválido relacionándola con la frustración que implica. Ser frustrado significa ser engañado en lo que se espera, el individuo no encuentra lo que busca, espera, porque un obstáculo se interpone entre él y su finalidad.

Según este autor, se puede reaccionar también a la frustración de diversas formas: la solución progresiva que consiste en redoblar los esfuerzos para conseguir el fin, la renuncia que suprime la frustración suprimiendo el fin perseguido, el fenómeno de sustitución (la frustración ha sido inmediatamente anulada por otra solución).

La elección de estas soluciones positivas es un índice de madurez.

Pero en muchos casos aparece la frustración por la elección de soluciones negativas, siendo dominada la conducta por el obstáculo; el sujeto, en lugar de abordarla juiciosamente para adaptarse, reacciona con conductas de evitación, de facilidad y de huida, o por conductas agresivas, o por exigencias que no se le puede otorgar. Se protege más que se defiende, fabricándose un universo de huidas y de satisfacciones derivadas a través de las imaginaciones, distracciones, fantasmas, sustituciones imaginarias, refugio en la enfermedad, manías. El carácter eludible y compensador de la mentira y del robo aparece en muchos casos de frustración.

En un estudio comparativo según el nivel de edad, F. van Roy pone de manifiesto que no existe diferencia significativa entre las relaciones de los niños minusválidos más pequeños y hasta los 7 años, y las reacciones de frustración en el grupo normal. En el niño minusválido de 8 a 9 años aparece, con una conciencia más viva del obstáculo, una defensa del Yo que revela su vulnerabilidad y su desesperación frente a la frustración. Entre los 10 y 12 años se produce una normalización de las reacciones tipo, pero hacia la pubertad, una nueva perturbación diferencia los niños minusválidos de los sanos, en este momento surgen de forma violenta el predominio del obstáculo y la ineptitud para resolver de forma apropiada el problema planteado por la frustración. Por otra parte, estas reacciones se caracterizan por ser de forma defensiva y no agresiva: si las condiciones físicas pueden situarse de forma válida en el punto de partida de las dificultades de adaptación del niño en su medio normal, el comportamiento del niño depende directamente de la actitud de los demás; es sobre el plano social que la limitación crea principalmente una "zona de frustración".

Estudiando el comportamiento reactivo a la invalidez, J. M. Malesys lo divide en tres categorías:

- Comportamiento semejante a las reacciones primitivas, es decir, conducta pasiva, o bien conducta agresiva (autoagresividad o heteroagresividad).

- Comportamiento con tendencia a una adaptación, pero de forma inadecuada, en el cual la personalidad se concentra, con toda su energía, en la limitación y en la falta, en lugar de examinar la realidad y la finalidad a alcanzar, teniendo en cuenta esta realidad: comportamiento neurótico, comportamiento con tendencia a la anulación de la invalidez, refugio en la imaginación, por ejemplo, comportamiento con tendencia a compensar la invalidez, en el que el niño desempeña una función, comportamiento de aceptación pasiva y de resignación.

- Comportamiento con tendencia a una adaptación compensatoria, es decir, a una aceptación de la realidad y una concentración de la energía no sobre el obstáculo sino sobre perspectivas de superación compatibles con la realidad. Existen varios tipos de comportamiento reactivo a la invalidez que sólo pueden comprenderse, como señala J. M. Malesys, admitiendo que la invalidez se reintegra en una personalidad que posee ya unas experiencias y unos datos iniciales respecto a los cuales tomará una significación. Esta significación será modificada por la experiencia ulterior que complicará la situación. El tipo de comportamiento dependerá, pues, del terreno psicofisiológico sobre el cual se elabore la personalidad, de la importancia otorgada a las partes del cuerpo afectas por la invalidez, del cuadro y del momento en que la invalidez aparece (traumatismo producido por los padres, accidente producido durante una fuga o una actividad prohibida, riña con un amigo, etc.). Toda experiencia anterior simultánea y consecutiva a la invalidez influye sobre la integración en que la invalidez de la limitación en la personalidad (hospitalización prolongada, actitud de los padres, etcétera).

A. Repond estudia el rol de los abuelos cuando asumen todos los cuidados del niño lisiado o anormal. A menudo se convierten en excesivamente captativos y acaparan al niño en detrimento de los padres y más aún en detrimento del niño mismo, pues no quieren separarse de él a ningún precio, incluso si lo exigen medidas médicas o educativas. De ello pueden derivarse consecuencias nefastas para un anormal estrechamente fijado, durante su período formativo, a abuelos ya entrados en años y viviendo una existencia cerrada; si mueren o si su salud ya no les permite ocuparse del anormal con la misma solicitud, éste puede presentar entonces trastornos propios del carácter y, como le es muy difícil contraer afectos nuevos, puede llegar a ser necesario un internamiento definitivo.

D. — HIGIENE MENTAL DEL NIÑO MINUSVÁLIDO

El comité de Expertos de la OMS nos indica las líneas generales que debemos seguir, a fin de disminuir los trastornos afectivos que plantean los minusválidos físicos durante su evolución.

Todo el mundo está de acuerdo en admitir en cada caso la importancia de examinar la mejor forma de abreviar el período de hospitalización y organizar lo más rápidamente posible la convalecencia a domicilio, ya que es indispensable, durante la enfermedad, mantener el contacto entre los padres y los niños. Esto implica una reglamentación menos estricta en los hospitales.

El niño disminuido físicamente debe recibir una instrucción casi idéntica a la del niño ordinario. Es necesario incluso proporcionarle mayores posibilidades de formación para compensar la condición desfavorable en que se encuentra, pero debe reexaminarse con frecuencia cada caso en particular para evitar la permanencia en una escuela especial más tiempo del necesario. En las escuelas ordinarias, los maestros y los alumnos deben ser preparados para acoger entre ellos a niños físicamente disminuidos, a fin de que estos últimos no sufran un sentimiento de aislamiento o de inferioridad.

El objeto de la orientación de la formación profesional de los jóvenes inválidos consiste en darles el máximo de posibilidades de ocupar un empleo remunerado que les satisfaga, teniendo en cuenta sus aptitudes y sus gustos, así como las consideraciones médicas y psicológicas relativas a su caso.

Desde el punto de vista de la colocación y del empleo, los jóvenes físicamente disminuidos deben poder acceder a los empleos de todas las categorías que son capaces de ocupar. En algunos países este derecho está legalizado. Para los jóvenes cuya incapacidad física impide llevar a cabo una ocupación normal o desplazarse fácilmente, es necesario prever posibilidades de trabajo gracias a la creación de talleres especiales o a la instauración de un sistema de trabajo a domicilio con control apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R. D., Denny-Brown, D., y Pearson, C. M. — *Diseases of muscle. A study in pathology*. Ed. Hoeber, 1962.
- Aird, R. B. — Muscular atrophies and dystrophies. En *Clinical neurology*, 1962, 2.^a ed. Edit. por Baker, A. B. Hoeber.
- Alagille, D. — Problèmes sociaux et médico-scolaires de l'hémophile. *Méd. et Hyg.*, 1966, 24, 7-8.
- Alby, N., y Alby, J.-M. — L'enfant malade et le silence. *Perspectives psychiat.*, 1971, 34, 37-50.
- Alby, N., y Alby, J.-M. — L'intervention psychologique dans un centre de recherches et de traitement d'hématologie. Travail portant sur les leucémies de l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 1971, 14, 2, 465-501.

- Alby, J.-M., Alby, N., y Caen, J. — Problèmes psychologiques de l'hémophile. *Nouv. Rev. franç. Hémat.*, 1962, 2, 119-130.
- Anderson, E. D. — Some observations on pseudohypertrophic muscular dystrophy. *Arch. Pediatr.*, 1931, 48, 375-379.
- Bakwin, H., y Bakwin, R. M. — *Clinical Management of Behavior Disorders in Children*, 652 págs. W. B. Saunders and Co., Filadelfia y Londres, 1966.
- Bernard, J., y Alby, J. M. — Incidences psychologiques de la leucémie aigüe de l'enfant et de son traitement. *Hygiène mentale*, 1956, 3, 241-255.
- Bernstein, N. R., Sanger, S., y Fras, I. — The severely burned child. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1969, 8, 4, 620-636.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, G. — Le développement mental et psycho-affectif et l'E.E.G. du jeune diabétique. *Le Diabète*, oct. 1963, 7, 294-317.
- Botta, N. y P. — *L'éducation thérapeutique des enfants infirmes moteurs cérébraux*. Publ. por: Association des Infirmes moteurs cérébraux. Ed. Dargaud S. A., Paris, 1958.
- Bret, J., y Kohler, C. — Incidences neuropsychiatriques des cardiopathies congénitales chez l'enfant. *Pédiatrie*, 1956, 11, 59-66.
- Browne, W. J., Mally, M. A., y Kane, R. P. — Psychosocial aspects of hemophilia: a study of 28 hemophilic children and their families. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1960, 30, 730-740.
- Calderon, R. — Myotonic dystrophy: a neglected cause of mental retardation. *J. Pediatr.*, 1966, 68, 3, 423-431.
- Colin, D., y Ritaine, M. — Étude du niveau de développement mental chez des enfants handicapés des membres supérieurs. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1972, 20, 3-4, 357-366.
- Cherpillod, C., Koralnik, O., y Ajuriaguerra, J. de. — Désordres psychosensoriels par désafférentation au cours de la curarisation des tétanos. En *Désafférentation expérimentale et clinique*, pág. 177-199. *Symposium Bel-Air II*, Genève, Georg et Cie S. A., Ginebra Masson et Cie, edit., Paris, 1965.
- Dague, P. — Scolarisation des enfants myopathes. *Réadaptation*, 1965, 118, 20-26.
- Dague, P., y Temboury, M. — Étude de quelques aspects de l'activité mentale et du comportement scolaire des enfants myopathes. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 4-5, 347-375.
- Dechaume, J., y Kohler, C. — Problèmes éducatifs posés par les enfants infirmes moteurs. *Sauvegarde*, 1952, 7, 559-567.
- Demos, J. — Problème de l'existence et de la signification des troubles du fonctionnement cérébral dans la myopathie à forme de Duchenne de Boulogne. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1970, 18, 4-5, 315-318.
- Drash, P. W. — Psychologie counseling: dwarfism, 1014-1022. En *Endocrine and genetic diseases of childhood*; Gardner, L., ed.; W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1969.
- Easson, W. M. — Psychopathological environmental reaction to congenital defect. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, 142, 453-459.
- Ellenberger, H. — Los familiares del niño enfermo. *Archivos de criminología, neuropsiquiatría y disciplina conexas*, 1961, 9, 457-471.
- Fidelle, M. — Aspect médical de la postcure et de la convalescence en centre spécialisé des enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu et de cardiopathies congénitales. *Cahiers Enfance inadaptée*, 1964, 3, 10-19.
- Friedman, S. B., Chodoff, P., Mason, J. W., y Hamburg, D. A. — Behavioral observations of parents anticipating the death of a child. *Pediatrics*, 1963, 32, 610-625.
- Garelli, M., y Pousseur, N. — Image de soi, image des autres chez l'adolescent. *Enfance*, número especial. Enfants poliomyélitiques, oct.-dic. 1961, págs. 313-360.
- Garelli, M., Meyer, J., y Rossi, P. — Du réel à l'imaginaire. *Enfance*, número spécial, Enfants poliomyélitiques, oct.-dic. 1961, 361-380.
- Geist, Ph. D. — *The psychological aspects of diabetes*. Springfield, Ill. C. C. Thomas, 1964.
- Gouin-Decarie, T. — A study of the mental and emotional development of the thalidomide child, 167-189. En *Determinants of infant behaviour, IV*; Foss, B. M., dir.; Methuen et Co Ltd, Londres, 1969.
- Gratiot-Alphandery, H. — Présentation d'une recherche, 303-312. En *Réadaptation et psychologie des enfants et adolescents poliomyélitiques*. *Enfance*, N.º especial, 1961, 4-5.
- Guasch, G. P., y Carezzo, M.-F. — La relation avec le médecin et sa représentation dans le dessin de l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 669-688.
- Halpern, W. I. — Some psychiatric sequelae to crib death. *Amer. J. Psychiat.*, 1972, 129, 4, 398-402.
- Hampson, J. L., Money, J. — The child with disorders of physical growth. En Michal-Smith, H., dir. *Management of the handicapped child*, págs. 173-191. Grune and Stratton, Nueva York, 1957.
- Hiltmann, H., Lüking, J. — Die Intelligenz bei diabetischen Kindern im Schulalter. *Acta paedopsychiatrica*, 1966, 33, 11-24.
- Israel, L., e Israel, G. — Le jeu du docteur et la relation malade-médecin. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1961, 9, 363-379.
- Izarn, P. — La formation professionnelle des hémophiles. *Méd. et Hyg.*, 1966, 24, 9-11.
- Jackson, K., Winkley, R., Faust, O. A., Ethel, G., y Burt, M. M. — Behavior changes indicating emotional trauma in tonsillectomized children. *Pediatrics*, 1953, 12, 23-27.
- Jessner, L., Blom, G. E., y Waldfogel, S. — Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children. *Psychanal. study child.*, 1952, 7, 126-169.

- Jézéquel, Ch. — L'orientation professionnelle des diabétiques. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1963, 11, 3-4, 179-187.
- Joffroy, A. — Des myopsychies (association des troubles musculaires et des troubles psychiques). *Rev. Neurol.*, 1902, 10, 289-296.
- Kovalev, V. V. — Dynamique des états de déficience intellectuelle chez les enfants atteints de cardiopathie congénitale et opérés. *Zh. Nevropat. Psikiat.*, 1961, 61, 1036-1041.
- Laiter, N., Woltz, M., y Marini, Ch. — L'orientation professionnelle chez les infirmes moteurs cérébraux. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1963, 11, 117-123.
- Landtman, B., Valanne, E., Pentti, R., y Aukee, M. — Psychosomatic behaviour of children with congenital heart disease, Helsinki. *Ann. Ped. Fenniae*, 1960, 6, suppl. 15.
- Lawrence, H. — L'enfant et le cancer. *Perspectives psychiat.*, 1971, 34, 59-66.
- Lhermitte, J., y Ajuriaguerra, J. de. — Les troubles psychiques des rhumatismes articulaires. *Gaz. des Hôp.*, 12 y 19 marzo 1938.
- Loosli-Usteri, M. — Une grave maladie subie pendant la première année peut-elle compromettre l'évolution de la personnalité? *Criança Port.*, 1959, 18, 5-22.
- Lynn, D. B., Glaser, H. H., y Harrison, G. S. — Comprehensive medical care for handicapped children. II. Concepts of illness in children with rheumatic fever. *A.M.A. Am. J. Dis. Child.*, 1962, 103, 120-128.
- Malesys, J. M. — Les comportements réactionnels à l'infirmité. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1960, 15, 327-342.
- Manciaux, M. — La scolarité des enfants diabétiques. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1967, 22, 323-328.
- Manciaux, M., Sardin, A. M., y Hennion, E. — Aspects psychologiques du diabète infantile. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1967, 15, 736-747.
- Margoulis, J., y Tournay, A. — Poliomyélite et schéma corporel. *Enfance*, 1963, 4-5, 277-298.
- Mattsson, A., y Gross, S. — Adaptional and defensive behavior in young hemophiliacs and their parent. *Amer. J. Psychiat.*, 1966, 122, 1349-1358.
- Monod, M., Grandjean, Cl., y Ulm, R. — Aspiration professionnelle chez l'adolescent traité en sanatorium. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1963, 3-4, 153-172.
- Neuhaus, E. C. — A personality study of asthmatic and cardiac children. *Psychosomat. Med.*, 1958, 20, 181-186.
- Pellerin, J., Duche, D. J., y Horinson, S. — Sur le retentissement psychique et cénesthésique des interventions chirurgicales à la lumière des dessins d'enfants. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1960, 8, 11/12, 456-469.
- Pernot, C. — La scolarité des enfants cardiaques. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1967, 22, 332-336.
- Raimbault, G. — Les conséquences psychologiques de la maladie physique, 1930 d-1931 b. En *Pédiatrie*; Debré, R., y Lelong, M. *Puesta al día*, 1970.
- Raimbault, G., y Royer, P. — Problèmes psychologiques dans les néphropathies chroniques de l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1969, 17, 12, 835-845.
- Raimbault, G. y Zygoris, R. — Le visage de la maladie. *Perspectives psychiat.*, 1971, 34, 37-50.
- Raimbault, G., Alby, N., y Friedman, H. L. — Les parents devant la mort d'un enfant. *Concours méd.*, 1971, 93, 11, 1874-1884.
- Rausch de Traubenberg, N. — L'étude psychologique des enfants handicapés physiques et malades somatiques. *Année psychol.*, 1966, 66, 623-640.
- Rausch de Traubenberg, N. — Implications psychologiques des cardiopathies congénitales chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 695-706.
- Ravenna, C., Ferrari, C., y Turinese, A. — Osservazioni sullo sviluppo psichico di un gruppo di giovani miopatici. *Riv. Pat. nerv. mental.*, 1962, 83, 569-586.
- Rawlings, G., Reynolds, E. O. R., Stewart, A., y Strang, L. B. — Changing prognosis for infants of very low birth weight. *Lancet*, 1971, 1, 7698, 516-519.
- Repond, A. — Les réactions et les attitudes des familles envers leurs enfants infirmes ou anormaux. *Evolution psychiatrique*, 1956, 21/1, 317-330.
- Richmond, J. B., Wasiman, H. A. — Psychologic aspects of children with malignant diseases. *A. M. A. Am. J. Dis. Child.*, 1955, 89, 1, 42-47.
- Rivaille, Ch., Grossiord, A., y Goulon, M. — Psychologie des poliomyélitiques sous assistance respiratoire. *Presse méd.*, 1965, 73, 2921-2924.
- Robert, J. — *Le handicap de l'enfant tuberculeux pulmonaire*. Paris. Bureau Univ. de Statistiques, 1960.

- Roskies, V. — *Abnormality and normality. The mothering of thalidomide children*. Cornell University Press, Ithaca, Londres, 1972.
- Sandler, J. — Identification in children, parents and doctors. En *Psychosomatic Aspects of Paediatrics*, p. 16-26. Edit. por McKeith, R., y Sandler, J. Pergamon Press, Oxford, 1961.
- Sautier, C. — Le médecin, l'enfant et la mort (3). *Rev. Méd. psychosom.*, 1968, 4, 10, 425-429.
- Schechter, M. D. — The orthopedically handicapped child. Emotional reactions. *Arch. of Gen. Psychiat.*, 1961, 4, 247-253.
- Schlange, H. — Die körperliche und geistige Entwicklung bei Kindern mit angeborenen Herz und Gefässmissbildungen. *Arch. Kinderheilk.*, 1962, suppl. 47, 1-61.
- Seligman, R., Mac Millan, B. G., y Carroll, S. S. — The burned child: a neglected area of psychiatry. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 1, 52-57.
- Shirley, H. F. — *Pediatric psychiatry*, págs. 498-537 y 729-747. Cambridge, Mass. Harvard Univ. Press, 1963.
- Solnit, A. J. — The dying child. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1965, 7, 693-704.
- Solnit, A. J., y Green, M. — Pediatric management of dying child. II. Child's reaction to fear of dying, 217-228. En *Modern perspectives in child development*; Solnit, A. J., Provence, S. A., eds.; Nueva York, Int. Univ. Press, 1963.
- Stein, S. P. — Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of early life experience of adolescent diabetics. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 6, 700-704.
- Stork, H., Gautier, M., y Gelly, H. — Réactions psychologiques des enfants et de leur famille aux thérapeutiques courantes. *Perspectives psychiat.*, 1971, 34, 25-35.
- Streiff, F. — La scolarité des enfants hémophiles. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1967, 22, 343-349.
- Tobis, J. S. — The child with neuromuscular disease. En Michal-Smith, H., ed., *Management of the handicapped Child*, p. 192-208. Grune and Stratton, Nueva York, 1957.
- Van Roy, F. — *L'enfant infirme, son handicap, son drame, sa guérison*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1954.
- Verger, P., Guillard, J. M., y Eshapasse, P. — La maladie de Steinert (myopathie myotonique) à débout précoce (dans la petite enfance). *Sem. Hôp. Paris; Ann. de Pédiat.*, 1967, 43, 45/11, p. 2773-2777, p. 745-749.
- Vernick, J., y Karon, M. — Who's afraid of death on a leukemic ward? *Amer. J. Dis. Child.*, 1965, 109, 393-397.
- Vernon, D. T. A., Foley, J. M., y Sipowicz, R. R., Schulman, J. — *The psychological responses of children to hospitalisation and illness. A review of the literature*. Ch. C. Thomas Publisher, Springfield, Ill. 1965.
- Viry, R. — L'atteinte du système nerveux dans les dystrophies musculaires primitives. *Thèse Nancy*, 1963.
- Watson, V. J., Johnson, A. M. — The emotional significance of acquired physical disfigurements in children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1958, 28, 85-97.
- Weill, J. — Le médecin, l'enfant et la mort (1). *Rev. Méd. psychosom.*, 1968, 4, 10, 407-417.
- Wiener, J.-M. — Attitudes of pediatricians toward the care of fatally ill children. *J. Pediatrics*, 1970, 76, 5, 600-705.
- Winnicott, D. W. — Le corps et le self, 37-48. En *Lieux du corps*, *Nouv. Rev. Psychanal.*, 3, Gallimard, 1971.
- Woodward, J. — Emotional disturbance of burned children. *Brit. Med. J.*, 1959, 1, 1009-1013.
- Worden, D. K. — The intelligence of boys with muscular dystrophy. *J. Consult. Psychol.*, 1961, 25, 369.
- Yudkin, S. — Children and death. *Lancet*, 1967, 1, 7480, 37-41.
- *
* *
- L'Enfant malade. *Perspectives psychiatriques*. N.º especial, 34, 4, 1971.
- Journées d'étude sur les problèmes médico-psychologiques et socio-économiques en pneumo-phtisiologie infantile, 24-27 mars 1959, Sanatorium d'enfants "Le Roc des Fiz" (Haute-Savoie), France. *Concours médical*, 9 enero 1960, 161-170, 16 enero 1960, 295-300.
- Organización Mundial de la Salud. Comité mixte d'experts sur l'enfance physiquement diminuée. Premier rapport O.M.S. Série de rapports techniques, n.º 58, Ginebra, dic. 1962.

Orientation professionnelle (malades et handicapés). *Rev. Neuropsychiat. infant.*, marzo-abril 1963, 82-270.

Réadaptation et psychologie des enfants et adolescents poliomyélitiques. *Enfance*, número especial, oct.-dic. 1961.

Scolarisation des enfants handicapés physiques

et malades chroniques en milieu scolaire normal. *Sauvegarde de l'enfance*. Número especial bajo la dir. de M. Manciaux, set. 1967, 22, n.º 9, 295-388.

Studies on the mentally handicapped child. Dirigido por A. B. Boom. Londres E. Arnold, 1967.

CAPÍTULO XXV

EL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y LA SOCIEDAD

I. — INTRODUCCIÓN

Ya hemos estudiado el problema del niño en los marcos sociales y su psicopatología. Antes de abordar a continuación el problema de la patología del adolescente, tomaremos posición frente a determinado número de desviaciones o de marginalidades en el marco de la sociedad actual. Nuestro rol, en efecto, no consiste en emitir juicios sobre el carácter patológico de determinado modo de conducta sin asomarnos antes al desconcierto y la perplejidad del adolescente en el mundo de hoy.

I. — EL MUNDO DE LOS ADOLESCENTES

Desde la más remota antigüedad, ya se encuentran en los escritos de los filósofos griegos juicios morales emitidos por los adultos con respecto a los niños. No hay nada más irritante que leer las descripciones peyorativas que hacen los adultos de la generación que viene; sin embargo, aunque nosotros abordamos este problema, lo haremos sin emitir juicios de valor, teniendo en cuenta el hecho de que la evolución de la sociedad actual nos parece que corresponde a una verdadera mutación.

Antes de abordar el mundo de los adolescentes de hoy, quisiéramos hacer un retrato rápido de los adolescentes de antaño. Vivíamos en una sociedad en la que nos encontrábamos solitarios y cuya organización sólo la conocíamos a través del filtro familiar. La familia era un bloque, el núcleo de nuestra conciencia; los adultos eran personalidades indistinguibles, la autoridad paterna era respetada, por no decir temida, a veces incluso amada. Acatábamos más o menos la ley y el orden del padre. Resolvíamos nuestros conflictos más o menos bien a través de nuestras identificaciones, mediante procesos de interiorización y de sublimación, reprimiendo nuestros impulsos. Nuestras actitudes ambivalentes sólo se exteriorizaban por vías oblicuas (trastornos del carácter y de la conducta, etc.) y no por vías directas. Nuestra sexualidad era culpabilizadora; al tener un alma, nuestro cuerpo constituía una molestia. Se respetaba el rol de "clase", reprimiéndose duramente la transgresión. Nuestros ideales sociales eran los de nuestra familia, los personales se confundían la mayoría de las veces con un ideal de clase y una fantasmización poco reconocida; hasta tal punto se asignaba el rol de la sociedad por el montaje de una realidad que no respondía a los cánones aprobados. No compartíamos nuestro narcisismo, nos pertenecía por entero; la ascesis y el afán de poder respondían a nuestras necesidades íntimas de independencia y no osábamos formularlas ni confesarlas claramente, por eso producían reacciones de culpabilidad. El cuadricu-

lado familiar y social nos hacía vivir una vida monótona pero al mismo tiempo era tranquilizadora y los placeres de la adolescencia estaban teñidos de una cierta melancolía sin verdadera tristeza, se considerándose el éxito social como un investimento positivo y el no-éxito como un fracaso. Se criticaban y resolvían las injusticias de un modo caritativo. Creíamos pertenecer a determinada cultura o hacíamos lo imposible por adquirirla a fin de poder, si era necesario, discutirla. Se castigaba la transgresión y, por eso mismo, se experimentaba a veces un gusto agradable. La vida no era desagradable si uno no se dejaba guiar por ella y si nuestras pasiones no cambiaban el orden de las cosas. Los malos (eran los otros) vivían en el temor, pero organizaban su vida con modelos de aceptación equivalentes. En el fondo, vivíamos una identidad generativa y una independencia orientada en relación con un estatuto que era preciso ganar; una vida tribal, en suma, con determinados ritos y mecanismos defensivos tranquilizadores. Se trataba evidentemente de un esquema que comprendía una determinada realidad de vivencia de un determinado género de adolescente. Es evidente que, en este cuadro, las crisis de originalidad juvenil transcurrían detrás de la cortina un cierto pudor y bastante vergüenza, sin que esto implique sin embargo una ausencia de felicidad, viviendo el presente con una cierta concreción y el futuro en la esperanza.

El mundo del adolescente de hoy es completamente diferente. Actualmente, hay una uniformación e internacionalización de las características de los adolescentes; una indiferenciación de edad; bachilleres, aprendices y estudiantes que se atribuyen roles equivalentes; un igualitarismo de sexos, "somos compañeros"; una diferenciación de los adultos que se manifiesta por la transgresión, lo que hace que los adolescentes, rehusando el estatuto y el rol que se les impone, se conviertan en personajes que se confunden en un grupo en cuyo seno buscan su identidad. Al rechazar el estatuto y el rol antiguo, se crean nuevos estatutos y nuevos roles en oposición a los del adulto. Inversamente de lo que hubiera podido creerse, la adolescencia, delimitada al principio por la sociedad, más tarde negada como etapa por algunos, ha llegado a ser de hecho una nueva clase que toma por modelo determinados sistemas de los adultos con las mismas rigideces o los rechaza de plano negándolos; no reconoce el doble factor del principio de placer y del principio de realidad, desvaloriza o hipervaloriza la felicidad o la desgracia y el sufrimiento; de este modo, vive en una necesidad de destrucción por no decir de autodestrucción, rebelándose contra una sociedad que no hace lo que ella pretende hacer y en la que no ve más que una ambigüedad hipócrita. Los adolescentes sólo encuentran solución en el aislamiento o en la adhesión a grupos en cuyo seno esperan encontrar una purificación y con los que se identifican a costa de una pérdida de autonomía y de individuación. Las fórmulas que utilizan son diferentes de las utilizadas por generaciones anteriores. Ya no se habla del sufrimiento y de los desdichados, sino de los derechos; ya no se habla de caridad, sino de justicia; se eliminan términos como "piedad" por tener un valor arcaico; los adolescentes quieren ser más cognitivos que sentimentales. Por reaseguro, quisieran ser portadores de fórmulas; a menudo, éstas no están más que plagadas de doctrinas cuyos grandes trazos son justos pero antiguos y no renovados por la experiencia de la historia. Viven en la magia del verbo, utilizando eslogans que lindan con los fantasmas de todos los hombres, sensitivamente válidos y con un valor fantasmático reconocible pero que permanecen estáticos al no traducirse en acción. Su identidad personal es precaria; algunos no adquieren (a través del grupo) más que una identidad difusa en la que se diferencian de los adultos, pero siguen indiferenciados en el grupo, pareciéndose por ello a las personalidades gemelas. De hecho, pasan de una dependencia con relación al adulto a otra dependencia simbiótica del grupo con reparto de alegrías y angustias y una división de la persona más bien que una personalización. Algunos compromisos o supercompromisos exteriores constituyen a veces huidas de su interior, ante sus propios problemas que prefieren no abordar. Utilizan sistemas proyectivos a fin de no ponerse ellos mismos en tela de juicio; son los adultos los culpables por su inmovilismo. Reprochan a los adultos que quieren transformarse el no ir lo bastante lejos en la transformación del mundo y de la vida. Son portadores de fórmulas definitivas, negadores de la historia y del tiempo. Cuando algunos dicen "queremos abolir el tiempo", se trata de una fórmula ambigua: tan pronto quieren decir la temporalidad en su pasado y en su futuro, viviendo solamente un presente feliz y no soportando las frustraciones, deseando todo en seguida, por temor a que el gozo de la instantaneidad se les escape; como quieren decir que no hay programación posible en una sociedad injusta, siendo la acción la que hace al tiempo; como incluso quieren decir que viven el futuro como una opacidad sin salida o el presente como un mundo de

soledad (H. Deutsch), de la melancolía (P. Male) y del aburrimiento (E. Fromm). Según H. Deutsch, algunos no soportan incluso una soledad temporal, al encontrarse amenazado su narcisismo si no hay nadie alrededor de ellos para confirmar con una pura presencia que se está dispuesto a quererlos y admirarlos.

Esta actitud pasiva comporta un elemento interior que exige el contacto, exterioriza una tensión y un deseo de amar y ser amado; otros tienen miedo del despertar de su propia agresividad y reclaman la ayuda de los demás para facilitar la movilización de sentimientos positivos en ellos mismos (H. Deutsch). La melancolía es un síndrome que no se confunde ni con la depresión verdadera ni con la psicosis, pero que está unida a un retiro del investimento; este estado puede parecer de origen antiguo y supeditado a un fracaso de las primeras relaciones, pero los trastornos de la conducta asociados a él "como para salir del aburrimiento" (fuga, droga, suicidio) estarían, según P. Male, supeditados muy a menudo al bloqueo de los instintos, a su represión, a lo que podría considerarse como una "falta de aprovisionamiento afectivo", siendo susceptibles de mejorar mediante determinadas técnicas madurativas. Para algunos, en el plano sexual se plantean problemas muy demostrativos: tendencia a la igualdad de sexos, no sólo como derecho sino a veces como "clase" con fantasmas de bisexualidad y partenogénesis; creencia de que una completa libertad sexual y una actividad ilimitada en el dominio del sexo constituyen los signos de un progreso y de un nuevo valor (H. Deutsch).

Si, para los jóvenes, la libertad sexual puede representar una liberación de la mujer, a menudo reprimida en las sociedades precedentes, los jóvenes, por su parte, otorgan a menudo esta libertad a las jóvenes en provecho de un gozo sexual personal más precozmente obtenido; sus relaciones tienen tanto más valor cuanto que tienen un carácter ostentatorio. En algunos, hay una desvalorización de la necesidad de amar porque, al implicar reciprocidad, se siente como dependencia; pero el cinismo ante el amor oculta a menudo una necesidad de amor y no es más que un pudor ante sus propias necesidades.

De hecho, los impulsos sexuales *in abstracto* no corresponden a la realidad concreta de la evolución y sus maduraciones deben llegar en su tiempo madurativo; hacer el amor no quiere decir amor más que cuando hay una madurez efectiva que reviste a esta clase de diálogo de toda su plenitud.

En términos generales, se tiene la impresión de que existe una gran ansiedad y un gran desconcierto en la adolescencia actual. H. Deutsch admite que todos los grupos de adolescentes tienen dos objetivos principales: "servir de vehículo a la rebelión y ofrecer, de alguna manera, un refugio antifóbico contra la angustia que les hace decir: "solo, *estoy* perdido; juntos, *somos* fuertes". Por otro lado, los adolescentes tratan de hallar salidas para la viscosidad de su vida, a veces en la droga, a veces en el ritmo o en la danza.

Tanto la primera descripción de la adolescencia de antaño como la segunda de la adolescencia actual sólo constituyen la expresión de una esquematización arbitraria. La adolescencia de antaño era probablemente más diversificada porque se extendía más en el tiempo y tenía objetivos más individuales; la adolescencia actual aparece más precozmente y es más comunitaria.

P. Arnold y cols., piensan que no hay una sola manera de reaccionar a las condiciones de la socialización, sino varias. Distinguen cinco grandes sistemas de acción en la adolescencia actual; los diferentes rasgos que componen cada conjunto están unidos entre sí por una lógica interna. Son: el hiperconformismo disfuncional, la integración activa, la reivindicación, la contestación y la separación.

— El hiperconformismo disfuncional consiste en fabricarse una identidad con la ayuda de los objetos (objeto violencia, objeto juventud, objeto sol, objeto amor, moto-potencia, cinema-evasión, etc.). En este caso, la voluntad y la necesidad de integración del joven se manifiestan por un intento de apropiación del mundo y de la sociedad a través de los objetos. El objetivo de la sociedad y los medios que emplea para llegar a él no se discuten precisamente porque no aparecen como actos de voluntad sino como fuerzas extrahumanas. Se podrá pensar que este hiperconformismo del objeto contribuye en gran manera al funcionamiento de un sistema fundado en el consumo masivo, es decir que no sale al encuentro del funcionamiento de la sociedad, pero, de

hecho, esta clase de hiperconformismo es disfuncional porque, aunque el hiperconformista conoce todavía los valores oficiales, ya no los vive total y activamente ni los considera como una dimensión importante de la existencia. Lo propio del hiperconformista consiste en apartar la política gastándola, pareciéndole el trabajo un simple medio de ganar su vida y nada más. En la medida en que el otro es sobre todo objeto, utilidad, cosa, la relación afectiva se establece sobre bases puramente hedonistas. En fin, aunque la adquisición de los objetos puede hacerse en la legalidad, no es seguro que las significaciones que contienen (de la violencia al erotismo pasando por el sueño y la evasión) no lleguen a la larga a formar una juventud perfectamente inadaptada al funcionamiento y marcada por una importante proporción de trastornos.

— La integración activa, cuyo punto de partida puede ser parecido al del grupo precedente, es decir una urgente necesidad de integración a través de la cual se construiría su identidad; pero los modos, por contra, son diferentes porque consisten en analizar la ambigüedad de la sociedad, en denunciarla y en señalar los caracteres patógenos. La sociedad es, pues, juzgada. En ese caso, los objetos sólo tienen la significación que se les da; en este sentido son neutros, dependiendo todo de la intención del sujeto y del proyecto que tiene con relación a los objetos. En cualquier situación que nos encontremos, la conciencia puede dominar las cosas y desmitificarlas. En estos sujetos, el proyecto social pasa por una modificación de la persona. El tipo de sociabilidad de la integración activa será en primer lugar la comunidad, si por ello entendemos un tipo de relación a media distancia entre la relación de masa y la relación de comunión. El grupo se quiere en primer lugar como método de trabajo y de confrontación y constituye un lugar en el que se pueden experimentar relaciones humanas "válidas". Es la viva negación de las relaciones de fuerza; se le concibe como transición y no como definitivo; el grupo de integración activa no tiene función estratégica, no es un medio de acción puesto en práctica para alcanzar un objetivo social. Es más bien el lugar de la reconciliación y de la resolución de las contradicciones.

— La reivindicación, unida al hecho de que la significación de este grupo proviene de su intrusión en el dominio político. La reivindicación interpreta la sociedad en términos de crisis, en relación con el cambio social: lleva retraso y está inadaptada. Los grandes temas de la reivindicación aparecen como una voluntad de purificar el sistema; la marginalidad del adolescente, que la integración activa interpretaba en términos psicológicos, se interpreta en términos políticos. Para sus miembros, el grupo ya no aparece sólo como un lugar privilegiado de reflexión, sino ante todo como un instrumento de acción. Los fines que pretende la sociedad pueden ser buenos en principio, pero para estos reivindicadores los medios empleados son falsos, apareciendo los grandes temas de la reivindicación como una voluntad de purificar el sistema.

— La contestación. — En su análisis de la sociedad, los contestatarios afirman que al individuo le es imposible encontrar su identidad en el interior de la sociedad capitalista, forzándolo la organización social a desempeñar roles de opresor o de esclavo. Si es imposible hallar la identidad, hay que derribar el sistema para instalar otro fundamentalmente nuevo; es decir que la identidad del joven se construye con la oposición total; pero al mismo tiempo que la contestación intenta reagrupar toda la juventud bajo una misma bandera, niega la existencia de los problemas de la juventud o, en otros términos, se niega como problema especial. No sólo la juventud es víctima sino toda la población. El objetivo de su acción será poner en crisis a la sociedad actual. Hay que atacar las relaciones sociales, donde se sitúa el poder. El grupo denuncia la tecnocracia y una de sus primeras reivindicaciones será la autogestión. Apunta a la suprafuncionalidad, si con eso se entiende que el grupo se plantea como alternativa total a la sociedad global. Por esto, se hace bastante impermeable a otras clases de influencias provenientes de otros grupos o de otras corrientes. Asegura su equilibrio interno cerrándose, admitiendo muy poco la desviación y radicalizando sus posturas.

— La separación. — Este grupo opone a la respuesta de la contestación un escepticismo básico: la única salida para la juventud consiste en situarse fuera, rehusando incluso el puente entre la juventud y la sociedad global que representa el proyecto político de la contestación. Este grupo se opone a la sociedad por un modo de vida diferente, una antisociedad, y no ya solamente una acción diferente o una ideología de combate. No aspira a la suprafuncionalidad puesto que en realidad no tiende a la toma del poder.

De hecho, como dicen P. Arnold y cols., no hay ningún sistema en estado puro. Así, un grupo podrá ser perfectamente inconformista a nivel de conductas externas (estará obligado por la presión de los hechos) y contestatario a nivel de los valores de que es portador y a los que aspira. Al contrario, ¿cuántos grupos pudimos observar (entre algunos estudiantes, p. ej.) cuya conducta exterior era radicalmente contestataria y cuyas aspiraciones profundas alcanzaban el hiperconformismo? ¿Cuántos grupos, cuyo objetivo consistía en la instalación de una congestión generalizada, se agruparon burocráticamente con roles jerarquizados y una coacción del grupo sobre sus miembros más fuerte que en muchos otros casos?

II. — LA SOCIEDAD Y EL ADOLESCENTE

Al crear marcos de vida, la sociedad ofrece a los individuos determinadas clases de existencia y exige, concediendo determinados derechos, que nos pleguemos a determinado número de deberes. Al proclamar que el orden y la justicia caminan a la par, según las determinadas clases de sociedad, la noción de orden prevalece sobre la de la justicia, mientras que para algunos grupos de individuos, si es necesario, el peso debe referirse a la justicia a expensas del orden. La técnica que debería permitir, en principio, la liberación del hombre (lo libera en parte) se convierte a menudo en coacción y monotonía. El exceso de productos de consumo ofrece una elección pero crea al mismo tiempo nuevas necesidades. Habiendo adquirido lo necesario, el hombre concede una gran importancia a lo superfluo; los medios de información sacan partido de estas nuevas necesidades; al demostrar su necesidad, crean al mismo tiempo escalas de calidad. Así, el estatuto del hombre se transforma y su ideal del Yo se modifica. El minimum vital biológico e higiénico no adquirido aún por millones de individuos es sobrepasado por otros millones que padecen de un minimum vital superfluo. Aunque es evidente que al ofrecer la técnica más productos de consumo es liberadora para algunos países no desarrollados, es apremiante para otros por el hecho mismo del aumento de las exigencias creadas y del nuevo tipo de esclavitud inherente. Al crear nuevas normas y nuevas jerarquías, el consumo produce una separación entre los ricos que se hacen más ricos y los pobres que se convierten en más pobres, ya sea en la realidad o con relación a las nuevas exigencias. La sociedad ofrece así nuevos modelos en los que un mundo de eficiencia no deja lugar ni a la vivencia de la felicidad ni a su conquista necesaria; la felicidad se vuelve un artificialismo. Estos nuevos modos de vida no evolucionaron en sus aplicaciones con relación a los cuadros anteriores. Evolucionando actualmente con una necesidad de libertad y una represión impuesta, nuestra sociedad ha perdido el marco de seguridad y los mecanismos de defensa personal necesarios a esta seguridad. La sociedad mantiene a los individuos en una situación de adolescencia prolongada por no decir de infantilismo, y desde entonces no se siente a gusto fuera de un determinado marco de idealización y de seguridad. Nos encontramos frente a una sociedad que considera el placer como pecaminoso e individuos que consideran el principio de placer como esencial en un mundo que no se basa en la justicia y crea injusticias flagrantes, siendo su principio de realidad la ambigüedad y la seudomutualidad. Aunque los adultos se adaptan relativamente a este estado de cosas, los adolescentes, cuyo problema es la puesta en tela de juicio, se rebelan porque no hallan (ni en los marcos familiares, ni en la sociedad) figuras de identificación, mecanismos de reaseguro y salidas que permitan una opción. Al sentirse solos en el anonimato de la sociedad, se reúnen en grupo a fin de atacar una determinada sociedad de adultos conformistas.

Si admitimos con P. Ricoeur dos modos de encuentros, el del "socius" por una parte y el de la "persona" por la otra, hay entre estas dos formas una incompatibilidad puesto que lo social tiende a obstruir el acceso de lo personal y a ocultar el misterio de las relaciones interhumanas y tan pronto la relación personal con el prójimo pasa por la relación con el socius, como se elabora *al margen* o se subleva *contra* la relación con el socius. Como dice dicho autor, la separación entre socius y prójimo raramente se da en estado puro; la mayoría de las veces está mezclada en proporciones variables y la elaboración con el prójimo se elabora en los intersticios de la relación "socius".

Estas actitudes no pueden explicarse únicamente en el marco social, se revelan a través del individuo y de su propia organización, incierta debido a la falta de imagen identificatoria, en el seno ella misma de un mundo incierto. De hecho, el mundo contestatario no puede definirse sólo con relación a sí mismo, sino con relación a una sociedad o a familias demisionarias. El uno no puede hacer frente a sus impulsos, el otro no puede resolver el problema de sus propias contradicciones, oponiéndose la humanización de uno a la cosificación del otro. Al juzgarse otro, el adolescente se hace otro entre los otros pero el otro no es sólo el entorno, es igualmente el otro que está en él en su pasado y que no quiere ser otro en el futuro.

Es importante subrayar la actitud de los padres frente a estas modificaciones de la adolescencia. Muchos de ellos experimentan un violento deseo de ser "modernos" también ellos: se muestran "tolerantes" y renuncian a su autoridad. Los jóvenes son "dejados en libertad" con la complicidad de sus padres. Los padres desean a veces hallar una especie de victoria con retraso identificándose con sus hijos cuando no lograron su propia evolución de adolescencia (H. Deusch). Como observa E. J. Anthony, la imagen que el adulto se hace del adolescente está muy a menudo desvirtuada por determinados estereotipos: reacciones estereotipadas hacia el adolescente considerado como un objeto o un peligro; respuestas estereotipadas al objeto sexual, pudiendo reactivar en el joven la crisis de la adolescencia una crisis sufrida anteriormente por los padres en el transcurso de su adolescencia; respuestas de padres inmaduros a la inadaptación del adolescente; respuesta al adolescente considerado como un objeto de envidia; respuesta al adolescente considerado como un objeto perdido, perdiendo el hijo a sus padres, pero comenzando los padres a perder igualmente a su hijo; reacciones estereotipadas de la sociedad hacia el adolescente debido a la creación, según su propósito, de una nueva cultura en la que los padres son más camaradas que padres. Podemos afirmar, con E. J. Anthony, que la relación con los padres es buena cuando su reacción es un elemento de empatía y de simpatía resultante de una experiencia personal satisfactoria en el momento de su propia adolescencia, no por haber estado exenta de conflictos sino por haber habido conciencia y resolución de los mismos.

Al sentirse superada por la adolescencia, la sociedad se pregunta si se trata de una simple crisis, de una mutación, de una revolución o de un apocalipsis. No hay duda de que atravesamos un período especialmente delicado, pero no se pueden exorcizar las dificultades negándolas.

*
* *

Estudiaremos en este capítulo los problemas que plantea la infancia o la adolescencia inadaptada, cuyos límites son difíciles de precisar, sobre todo si se engloba en el mismo grupo a los inadaptados físicos, psicológicos o sociales. Estas dificultades se ven claramente cuando, con D. Lagache, nos proponemos, por una parte, una clasificación medicopsicológica, distinguiendo los enfermos de los deficientes y

caracteriales, y por otra parte, una clasificación medicopedagógica en función de las medidas que se preconizan.

Suprimiremos de este estudio lo referente a los disminuidos físicos que, aparte de sus trastornos somáticos, pueden evidentemente presentar trastornos psicológicos, y a los estados deficitarios tales como la oligofrenia o estados psicóticos que plantean problemas particulares (véanse capítulos correspondientes).

Incluso tomando esta precaución, se encuentran en el grupo de los limitados psicosociales formas extremadamente diversas, que tienen valor patogénico completamente distinto; siguiendo las clasificaciones o siguiendo a los autores, unas veces se hace hincapié sobre las variantes más o menos precisas de la organización de los tipos de personalidad que están más o menos estructurados en el período infantil, mientras que en otras se insiste en los trastornos de la conducta y del comportamiento; que tienen como consecuencia la alteración del medio ambiente. En el primer caso, estos tipos se individualizan en relación a una cierta norma de personalidad; en el segundo, se describen después de su manifestación (acto o acción inadecuada en el contexto de una cierta socialización), no dependiendo la inadaptación solamente, en este último caso, de las características del niño sino también del nivel de exigencias del medio, nivel que varía según el momento de la evolución social.

Si se quieren esclarecer las diversas formas de inadaptación psicosocial, es necesario intentar definir mejor cierto número de denominaciones cuyo sentido varía con las épocas, las escuelas y los autores.

Hay que definir en primer lugar determinadas nociones sociológicas o etnológicas: la de anomia, la de atipismo y desviación y la de inconsciente en el sentido etnológico.

Según los trabajos de E. Durkheim, el estado de anomia significa el conjunto de trastornos resultantes del cambio profundo de la estructura social. Como dice J. Duvinnaud, podemos definir una teoría restringida de la anomia consistente en proponer una definición estadística de las irregularidades y aspectos marginales que afectan a los grupos y sociedades, y en explicar comparativamente la diversidad de las funciones asumidas por estos hechos aberrantes según la clase de sociedad histórica o actual. La teoría generalizada de la anomia considera como elementos fundamentales el cambio y la ruptura en las estructuras de las que el cambio es inseparable; estamos enfrentados al doble problema de la aparición de los hechos anómicos supeditados a esta misma ruptura y que sólo se explica por el desarrollo de estas sociedades. Se trata entonces de comprender, violentando nuestras habituales costumbres dominadas por el sentido histórico, "cómo los grupos humanos secretan novación no directamente sino después de haberla experimentado a menudo de forma aberrante a través de determinados casos especiales, por esto privilegiados". J. Duvinnaud critica el concepto de atipismo utilizado por Margaret Mead. Según esta autora, en un grupo humano definido por una cultura, el ideal común tiende a aislar al individuo que, situándose fuera de las normas establecidas, se hundió en una soledad que puede devenir patológica o (como había pensado Mauss) servir de proyección del grupo entero sobre este desvío que llenamos de un poder eventualmente mágico "en verdad sagrado". Según J. Duvinnaud, no podemos reducir la diferencia a la simple denegación, ilusión de Margaret Mead y de algunos antropólogos. Según él, "el paquete de significaciones" que representa el caso desviante no es reducible a la abstracción contraria del sistema cultural (resultante asimismo de una construcción)". Lo cual tendría como consecuencia "expulsar el contenido real de la desviación". "Ahora bien, lo que requiere una explicación es de otro orden: se trata de saber cómo y por qué las sociedades producen desvío colectivo (a nivel de grupos o individual) en la misma medida y con el mismo vigor con que cristalizan conductas en instituciones permanentes". R. K. Merton trató de descubrir cómo las estructuras sociales pueden en determinados casos empujar a algunos individuos a adoptar una conducta desviacionista en lugar de una conducta conformista.

¿Acaso puede distinguirse con claridad la noción de desviación de la noción de la norma de salud mental? Ch. David (1972) considera que "la verdadera normalidad se mofa de la normalidad". "Cuando la estadística se hace pasar subrepticamente por la axiología, lo normal es radical-

mente adulterado y aparece la seudonormalidad". "La normalidad es un ideal, un límite y una exigencia". Para este autor, "el imperativo de adaptación al mundo exterior y al mundo interior incluido en el principio de realidad freudiano y que representa, podríamos decir, un organizador de la normalidad y de la normalización psíquica, supone, en virtud de su esencia dinámica, el mantenimiento permanente de determinado margen o determinada facultad de desadaptación".

Pero este grado de desadaptación es, de hecho, diferente en las diversas etapas evolutivas del mismo individuo y difiere según las culturas.

Situándose en el cuadro del inconsciente, G. Devereux distingue el inconsciente de la personalidad étnica y el inconsciente idiosincrásico. El inconsciente de cada cultura permite a determinados fantasmas, impulsos u otras manifestaciones del psiquismo acceder y permanecer a nivel consciente, exigiendo el rechazo de otros. Por esta razón, todos los miembros de una misma cultura poseen en común determinado número de conflictos inconscientes. Esta clase de inconsciente cambia como cambia la cultura y se transmite como se transmite la cultura, por una especie de "enseñanza" y no biológicamente, como se considera que se transmite el "inconsciente racial" de Jung. El inconsciente idiosincrásico se compone de los elementos que el individuo fue obligado a reprimir bajo la acción de los *stress* únicos y específicos que debió sufrir. Estos *stress* pueden ser de dos clases: por una parte, las experiencias que, sin ser típicas de una cultura dada, es decir sin reflejar el modelo cultural de base, sobrevienen bastante a menudo para ser reconocidas y reformuladas culturalmente y, por otra parte, las experiencias que no son ni características de una cultura ni numéricamente frecuentes pero que alcanzan a determinados individuos especialmente desgraciados.

Denominaciones tales como "personalidad psicopática" se confunden unas veces con ciertos tipos de personalidad enfermiza, y otras responden a desviaciones de la personalidad.

El término "psicópata", si se le quiere reservar algún significado, no debe confundirse con "personalidad psicopática"; ha sido reemplazado en la nomenclatura americana por "reacciones antisociales" y después por "personalidad antisocial"; pero el término no tiene ningún interés si no se define mejor.

La denominación "trastornos del comportamiento y del carácter", empleada con frecuencia en Francia, no corresponde a una entidad bien definida; se refiere a las dificultades que crean estos trastornos y a las reacciones que provocan.

El grupo de las personalidades psicopáticas descrito en Estados Unidos (*Manual de diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales*, 1.ª edic.) comprende: las toxicomanías, las desviaciones sexuales, las reacciones antisociales y las reacciones disociales. En la 2.ª edición de este manual (1968), la categoría "disocial" no figura ya en este grupo, sino que es trasladada con el nombre de "comportamiento disocial" a una nueva división: "Condiciones sin trastornos psiquiátricos manifiestos y condiciones no específicas."

En consecuencia, estudiaremos sucesivamente:

— *Las personalidades subnormales o inhabituales*, que pueden presentarse como simples desviaciones de la personalidad en el marco de una psicología diferencial en relación a una determinada norma, o bien como tipos particulares de ser, relativamente adaptados a la sociedad, pero cuyas formas extremas pueden considerarse como patológicas.

— *El psicópata*, que en la actualidad intenta definirse en relación con las características clínicas, la patogenia y la evolución.

— *Las personalidades antisociales*, que deben diferenciarse de los psicópatas, en función de la patogenia, de la organización de la personalidad y del modo de asistencia.

Junto a estas formas clínicas más o menos bien definidas desde el punto de vista de la personalidad, algunos autores describen tipos de trastornos en marcos más

amplios cuya coherencia está relacionada únicamente con las reacciones del comportamiento o con las actividades delictivas.

— *Los trastornos del carácter y del comportamiento, o "caracteropatías"*, que se definen por formas inadaptadas particulares de comportarse, pero cuya patogenia es heterogénea.

— *La delincuencia infantil y juvenil*.

II. — LAS PERSONALIDADES SUBNORMALES O INHABITUALES

Desde el punto de vista de la psicología diferencial, se pueden describir diversos tipos de personalidades que se consideran como simples particularidades emocionales del humor, del contacto social, del modo de organización del pensamiento o bien como verdaderos trastornos.

Los autores americanos distinguen, por una parte, los trastornos del modelo de la personalidad en que sólo raramente, si no nunca, se modifican las estructuras intrínsecas, sea cual fuere el tipo de tratamiento y en los que el diagnóstico sólo puede realizarse cerca de la edad adulta; por otra parte, los trastornos de los rasgos de la personalidad (menos graves que los anteriores), cuyo frágil equilibrio emocional puede vacilar bajo la influencia de un *stress*. En el grupo de los trastornos del modelo de la personalidad incluyen las personalidades inadecuadas y tipos de personalidad próximas de las psicosis: personalidades esquizoide, ciclotímica y paranoide. En las perturbaciones de los rasgos de la personalidad, describen personalidades compulsivas, en relación con una estructura que predispone a una descompensación psiconeurótica, las personalidades emocionalmente inestables y las personalidades pasivas-agresivas. Se trata, pues, de tipos de personalidades que no pueden clasificarse ni en el marco de las psicosis ni en el de las neurosis, y que se caracterizan por tipos particulares de adaptación o inadaptación en relación a una cierta norma y que adquieren un valor normativo de inadaptación después de su agrupamiento más o menos artificial.

En la nosografía francesa, bajo la influencia de E. Dupré, A. Delmas se describen, con la denominación de constitución psicopática, diversos tipos de personalidades: ciclotímico, hiperemotivo, paranoide, perverso, mitomaniaco.

En la tradición de la psiquiatría alemana, se encuentra también esta necesidad de agrupación, ya sea en el sentido de la tipología constitucional de E. Kretschmer (variantes ciclotímicas, esquizotímicas, viscosas, en relación con una estructura corporal particular), ya sea en el de A. Homburger y de E. Kahn (personalidades psicopáticas). Es necesario insistir en el lugar que ocupa la noción de personalidad psicopática después del trabajo de K. Schneider. Según este autor, las personalidades psicopáticas son personalidades anormales en la medida en que sufren de su carácter y hacen sufrir a la sociedad; aunque reconoce que esta delimitación descansa pura y simplemente en razones prácticas y que es arbitraria, piensa que la personalidad psicopática es diferente de la psicosis y se opone a la idea, defendida por E. Kretschmer, de la transmisión de una predisposición tal como la esquizoidia o la sintonía, el proceso esquizofrénico y la enfermedad maniaco-depresiva. En cada caso concreto, dice K. Schneider, es necesario buscar hasta el fondo y decidir si se trata de una personalidad y de una reacción anormal o bien de un proceso mórbido. En lo que se refiere a la relación entre las personalidades psicopáticas y las neurosis (que él prefiere denominar por otra parte "reacciones vivenciales anormales"), el diagnóstico depende del hecho de que unas veces el peso recae en la constitución, y en otros sobre las experiencias vividas. Para este autor, se hablará de psicopatía cuando se quiera dar a entender que las propiedades "recibidas en herencia", compartidas, desempeñan un papel decisivo. En las neurosis se valora más lo que la experiencia vivida ha hecho de la constitución.

Los psiquiatras escandinavos utilizan con frecuencia la clasificación de H. Sjöbring a partir de los rasgos de temperamento siguientes que responden a cuatro variantes:

- la “capacidad” (inteligencia) y la “estabilidad”;
- la “solidez” y la “validez”.

Se pueden encontrar distintos matices de estas variantes en los sujetos normales. No se habla de psicopatía más que en los casos en que exista una variación extrema de alguna de estas variantes. Esta clasificación, ampliamente empleada por los autores suecos, ha sido (por ejemplo) objeto de un trabajo de B. J. Lindberg sobre “el infantilismo psíquico en el adulto”, a partir de sus “minivariantes”. No conocemos trabajos relativos al niño.

Se comprende que estas diversas delimitaciones de formas particulares de la personalidad se establecen con el fin de precisar determinados aspectos del sujeto que se examina, pero se corre el peligro de fijar al sujeto en un grupo. El mismo K. Schneider ha criticado esta postura diciendo que no está plenamente justificado qué “tipo psicopático” sea el equivalente de un diagnóstico y admite que existe el peligro de considerar al individuo sólo formalmente. Según este autor, la etiqueta diagnóstica que se da a un individuo concreto se debe a la valoración de determinadas propiedades, sabiendo que “todo lo que lleva el mismo nombre no es psicológicamente igual”. Otro peligro consiste en considerar este grupo como inmutable y hasta cierto punto organizado de forma original, ya que no es por azar por lo que se habla a menudo de constitución psicopática, mientras que sabemos que las características de la personalidad, aunque dependen en parte de los potenciales de base, son también el fruto de mecanismos evolutivos complejos.

Aunque la mayoría de autores consideran que los trastornos de la personalidad del adulto tienen sus orígenes en la infancia, sabemos que es difícil aplicar al niño las mismas normas que al adulto. Es evidente que las nociones de adaptación social del comportamiento tienen muy distinto sentido cuando se trata del niño que se está formando en el marco educativo familiar. Normalidad y anormalidad de determinados aspectos sintomáticos o de determinados tipos de la organización de la personalidad varían según la edad y según las condiciones del desarrollo. Como en el adulto, se han descrito trastornos del modelo de la personalidad, cuyo diagnóstico preciso no puede hacerse hasta la edad adulta, y trastornos de los rasgos de la personalidad. Así, H. F. Shirley distingue personalidades inadecuadas que se caracterizan por “respuestas inadecuadas a demandas intelectuales, emocionales, sociales y físicas... que muestran una inadaptación, una ineptitud y una pobreza de juicio, una falta de resistencia física y emocional y una incompatibilidad social”. En este grupo se incluyen las personalidades esquizoides, caracterizadas por la evitación de las relaciones cercanas con los demás, la incapacidad de expresar directamente la hostilidad e incluso los sentimientos agresivos y un pensamiento autista; la personalidad ciclotímica, caracterizada por cambios de humor; la personalidad paranoide, caracterizada por excesiva suspicacia, envidia, celos y tendencia a proyectar sus propios pensamientos y sentimientos sobre los demás. Entre los trastornos de los rasgos de la personalidad, este autor describe la personalidad compulsiva, la personalidad histérica y la personalidad psicopática; estos trastornos son menos graves que los anteriores y se deben a una fragilidad del equilibrio emocional que puede vacilar bajo la influencia de un *stress*.

En este tipo de descripciones pueden entrar también las variedades tipológicas del carácter descritas por L. Michaux y D. J. Duché, variedades que no deben considerarse como necesariamente fijas, que pueden ser constitucionales o adquiridas, representar una particularidad psicológica o realizar otro determinado tipo psiquiátrico: tipo emotivo, tipo inestable psicomotor, tipo ciclotímico, tipo psicasténico, tipo paranoide, tipo epiléptico y epileptoide, tipo esquizoide, tipo mitómano, tipo perverso.

En la literatura alemana también se encuentra la noción de personalidad psicopática. Así, M. Tramer se considera autorizado a utilizar la designación de psicópata

para el niño, con la reserva expresa de encontrar en el porvenir un término más adecuado. Admite de todas formas que el diagnóstico psiquiátrico de psicopatía en el niño debe ser prudente si se considera a esta última como una anomalía constitucional grave. Este autor admite, por otra parte, que determinados sujetos, de carácter difícil o anormal, pueden no ser más que prepsicópatas, es decir en el estadio precursor de la psicopatía que surgirá si no se toman a tiempo medidas educativas. M. Tramer distingue diferentes tipos de personalidades psicopáticas en función de la “disposición del humor”, de la “disposición de la voluntad” y de la “disposición del Yo.” En el grupo de los “hipersensibles”, describe los submaníacos y los subdepresivos, así como los excitados-descontentos y los indiferentes; en el grupo de las “disposiciones de la voluntad”, incluye a los abúlicos, y en función de la disposición del Yo, distingue los psicasténicos y los asténicos. Por otra parte, ha observado con bastante frecuencia psicópatas que se autodesprecian y más aún que se autosobrevaloran y, entre ellos, sobre todo psicópatas ávidos de prestigio.

El problema de las personalidades psicopáticas infantiles es abordado por los autores soviéticos a partir de la teoría pavloviana o de los conocimientos psicopedagógicos. Así admiten que el cuadro clínico comporta un síndrome obligatorio y fenómenos no fundamentales sino complementarios o síndromes facultativos; distinguen tres grupos en el síndrome obligatorio: la forma excitada (excitación emocional, estado conflictivo, disforia), la forma inhibida (rasgos de carácter psicasténico, fobias u obsesiones, síndrome asténico), las psicopatías histeroides (irritabilidad acompañada de una falta de control de sí mismo, reacciones histéricas vasomotoras y vegetativas, estados asténicos). En función de esta clasificación, determinados síntomas obligatorios para una forma determinada de psicopatía pueden ser facultativos en las otras formas; por ejemplo, la tendencia a las fobias, a las obsesiones (síndrome obligatorio para el grupo de psicopatías pueden ser facultativos en las otras formas; por ejemplo, la tendencia a las fobias, a las obsesiones (síndrome obligatorio para el grupo de psicopatías de tipo inhibido), es un síntoma facultativo en las formas excitadas o histéricas.

La individualización de las personalidades psicopáticas en el niño plantea numerosos problemas. Ante todo, tanto M. Tramer como los autores soviéticos (C. V. Kerbikov) admiten la dificultad de una descripción tipológica psicopática precisa durante la infancia e incluso durante la pubertad, y emplean en algunos casos la denominación de estado prepsicopático. Para M. Tramer, sólo durante la adolescencia y sobre todo en su fase final, a partir de los 18 años aproximadamente, se encuentran tipos psicopáticos parecidos a los descritos en el adulto. Aunque algunos aceptan los factores constitucionales o hereditarios anormales y admiten, con M. Tramer, que estos factores se manifiestan sólo durante la época de transformación en el momento de la pubertad, con su nueva vaga inestabilidad, o de la adolescencia, otros pedagogos y psiquiatras soviéticos otorgan una gran importancia a la influencia del medio que puede actuar por tres vías diferentes:

- aparición y fijación de signos psicopáticos por imitación de las formas de comportamiento psicopático del medio (fijación de la reacción de imitación);
- consolidación de las reacciones de negativismo que se repiten gracias a situaciones particulares (reacciones de protesta, reacciones de oposición);
- cultura directa y consolidación por el medio de las reacciones psicopáticas del adolescente.

Según las aportaciones de la literatura pedagógica (I. A. Sikorskii, E. P. Eres, A. P. Larine, etc., citados por C. V. Kerbikov), la influencia de los factores educativos es primordial y existe incluso una correlación cualitativa entre las particulari-

dades de la personalidad psicopática y el modo de educación. La individualización de los tipos de personalidad psicopática tendría un gran interés si ello tuviera un valor predictivo. C. V. Kerbikov, realizando un nuevo examen de sujetos observados antes de la edad escolar, los cuales eran ya niños revoltosos, excitados e inestables, encuentra adolescentes que presentan todas las características de una psicopatía de forma excitada. Presentan manifestaciones cíclicas particulares con oscilaciones periódicas del humor y de la actividad. Se encuentra en la mayoría de ellos, hacia los 14-15 años, signos semejantes a los que presentan las personalidades psicopáticas del grupo de los inestables: ausencia de interés, de apego afectivo, sugestibilidad, sumisión a las malas influencias. Esto parece demostrar que existe una cierta estabilidad evolutiva, pero C. V. Kerbikov describe también transformaciones cualitativas de tipo regresivo y muestra que la "despsicopatización" puede empezar, en general, hacia los 16 años. En muchos de los sujetos observados, la mejoría se inicia por la aparición de un interés repentino, de una vocación (técnica, artística, elección de una profesión).

De todas formas, estas descripciones pretendidamente nosográficas, si no patológicas, son particularmente decepcionantes. Basadas generalmente en hipótesis constitucionalistas, no valoran de forma suficiente la dinámica de la organización infantil.

III. — PROBLEMAS PLANTEADOS POR LA NOCIÓN DE NIÑO O DE ADOLESCENTE PSICÓPATA

El término "psicópata" se emplea muy poco en la literatura de lengua francesa (esta entidad se incluye en el amplio grupo de los desequilibrios psíquicos); en la actualidad tienden también a desaparecer de la nosología americana. Es cierto que este término no es siempre preciso, que a menudo se emplea como juicio más que como diagnóstico, que tiene un carácter peyorativo para la persona así calificada, que es insatisfactorio para los psiquiatras que hacen este diagnóstico porque, como ha dicho L. Kanner con humor y clarividencia, "un psicópata es alguien a quien no se quiere", pero también podría decirse que un psicópata es alguien que tiene (en la irresponsabilidad) conductas que no nos gusta tener. Sin embargo, debemos decir que eliminando el término no se elimina el problema y que la "reacción antisocial", nueva acepción de la psiquiatría americana, responde de hecho a la personalidad del psicópata.

A. — DELIMITACIÓN DE LA NOCIÓN GENERAL DE "PSICÓPATA" EN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Se han clasificado en este cuadro cierto número de personalidades que difícilmente pueden integrarse ni en las neurosis, ni en las psicosis, pero de las cuales se encuentra una descripción en el cuadro de la "locura de degenerados" de B. A. Morel y J. Magnan, de la "locura moral" de Z. C. Prichard, en el grupo de "psicópatas apáticos" de K. Schneider ("individuos sin compasión, sin pudor, sin honor, sin arrepentimiento, sin conciencia, que son a menudo, por naturaleza, sombríos, fríos, gruñones y brutales en su comportamiento social"). Esta última forma se aproxima a la noción de "perversión instintiva" de E. Dupré: "Conjunto de anomalías de las tendencias del individuo considerado en su actividad moral y social, tocando los tres grandes instintos primitivos: el instinto de conservación, el instinto de reproducción, el instinto de asociación (instinto colectivo, altruista

relativo a la vida de la sociedad). Como dice muy justamente A. Hesnard, "desgraciadamente el adjetivo "perverso" es común a dos sustantivos de significado completamente distinto: de un lado "la perversión", es decir, la desviación de una tendencia o de una función, y de otra "la perversidad", es decir, la maldad, la amoralidad en la conducta y no solamente la agresividad, sino la agresividad contra la regla moral y social".

Estos sujetos, que podemos llamar "psicópatas" y que son descritos con distintos apelativos, tienen rasgos comunes desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista de su historia individual y todos plantean problemas particulares de asistencia y de terapéutica.

Sobre todo los autores anglosajones (H. M. Cleckley, 1959, y M. Craft y cols., 1966), que han descrito los límites de este tipo de trastornos.

Según H. M. Cleckley se trata de sujetos que presentan un comportamiento antisocial persistente y motivado de una forma inadecuada, que ignoran sus responsabilidades, son incapaces de distinguir lo verdadero de lo falso, que presentan una falta persistente de modelo de autocritica, una falta de aprendizaje por la experiencia y fracasos inexplicados a pesar de las capacidades intelectuales no trastornadas. Estos individuos son incapaces de amar, sus sentimientos son superficiales, su dureza y brutalidad son evidentes. Su vida sexual es pobre e impersonal. Generalmente están equilibrados con facilidad en muchas situaciones en las que otro estaría corrientemente ansioso y violento. No presentan manifestaciones típicas psiconeuropáticas y tienen pocos remordimientos y síntomas depresivos (las tentativas de suicidio rara vez se llevan a cabo).

M. Craft describe en los psicópatas una combinación de rasgos clínicos sobresalientes (rasgos positivos primarios de base y rasgos secundarios que derivan de los primeros):

- Los rasgos primarios se caracterizan por una falta de sensibilidad hacia los demás o una inefectividad; una tendencia a actuar impulsivamente sin premeditación en el sentido legal del impulso irresistible.

- Los rasgos secundarios derivan de los precedentes (egocentrismo y forma mayor o menor de agresividad; falta de vergüenza o de remordimientos; incapacidad de servirse de la experiencia con falta de reacción frente al castigo; ausencia de motivación a largo plazo que conduce a una inadaptación general de la conducta).

- Rasgos llamados negativos (ausencia de psicosis tal como esquizofrenia o depresión, nivel intelectual medio, ausencia de motivación criminal o de planificación de acción a la luz del riesgo que conlleva).

En la literatura de lengua francesa, los tipos de trastornos que acabamos de describir se incluyen en el amplio cuadro de los "desequilibrios psíquicos". Sin embargo, P. Deniker y J. C. Sempé consideran que la noción de psicopatía ocupa un lugar en la nosografía, aunque sus límites estén poco definidos. Según estos autores, existe un determinado tipo de enfermos que podrían clasificarse con esta etiqueta, siendo sus características generales: la precocidad del trastorno del comportamiento y del carácter, la precariedad de la inserción social, el carácter inestable de la biografía, la labilidad de las cargas afectivas a pesar de la facilidad de los contactos, la importancia de las actitudes de sobrecompensación y la inmadurez del sentido ético.

En conjunto, estos tipos de descripciones se completan y encuadran bastante bien con lo que nosotros denominamos psicopatías. Sin embargo, se encuentran ciertas discordancias a propósito de la angustia en estos sujetos. Aunque algunos, en efecto, insistiendo sobre la insensibilidad, consideran que no presentan angustia, otros admiten que la psicopatía es justamente una reacción frente a la angustia, y que todo psicópata presenta en el fondo una angustia permanente, una depresión incluso un sentimiento de culpabilidad bastante intenso que el enfermo neutraliza precisamente por medio de la acción. L. Cassiers admite que los dos tipos de trastornos pueden verse en los psicópatas, ya sea una ausencia evidente de angustia o bien, a veces, estados de pánico profundo; a la inversa de H. M. Cleckley, este autor admite que las tentativas de suicidio están lejos de ser excepcionales y se encuentran en forma de crisis agudas, masivas y desorganizadas, que responden a una angustia real incluso si sólo son episódicas. Esta aparente contradicción se explicaría partiendo de uno de los trastornos esenciales que se encuentra en estos sujetos a saber, su impotencia fantasmática; la ausencia de angustia de los psicópatas a nivel vivencial y del comportamiento, pero también la posibilidad de crisis brutales, se explicarían, pues, mejor por la insuficiencia de la capacidad fantasmática que sólo permitiría la integración y el control en la personalidad.

Los autores que individualizan a los psicópatas como una entidad encuentran que su cuadro ofrece suficientes características para distinguirlos de las neurosis, tanto histéricas, fóbicas, como obsesivas, o de las neurosis del carácter en el sentido psicoanalítico del término; "allí donde el neurótico sufre conflictos interiores excesivos, el psicópata hace sufrir a los demás por falta de conflictos interiores" (R. L. Jenkins).

Sin embargo, M. Q. Brill y G. W. Beebe, estudiando 842 veteranos diagnosticados de psiconeurosis, encuentran en la anamnesis del 11,4% de ellos un diagnóstico anterior de trastornos de la conducta o de la personalidad que habían sido considerados como psicopáticos; para estos autores no es contradictorio presentar a la vez síntomas psiconeuróticos graves y un comportamiento psicopático grave.

Por el contrario, L. Cassiers considera que el trastorno de la vida fantasmática del psicópata es casi lo opuesto del trastorno neurótico, y aunque admite que los dos tipos de alteraciones pueden persistir en algunos, le parece evidente que cuanto mayor sea la alteración psicopática de un paciente, es decir, cuanto más importante sea la pobreza fantasmática, menos oportunidades se tendrán de encontrar en él trastornos neuróticos, careciendo estos últimos del soporte simbólico inconsciente mínimo que permitiría su desarrollo. El grupo de los psicópatas se diferencia también del grupo de las psicosis, en particular esquizofrénicas, y debe distinguirse igualmente de las heboidofrenias con las cuales comparten algunas características sintomáticas. Por el contrario, es más difícil de diferenciar del grupo de los *border-line* tal como los describe M. Schmeideberg, que los considera como una entidad distinta cualitativamente diferente de neurosis y psicosis, combinando en proporciones variables, normalidad, neurosis, psicosis y psicopatía. Estos enfermos se caracterizarían por una inadaptación a la sociedad, contactos afectivos limitados, insensibilidad, intolerancia a la emoción, inadaptación a la realidad, incapacidad para el placer, trastornos sexuales, dificultad de identificación con los demás, a veces con acentuación del retraimiento y del narcisismo, etc.

Según B. Karpman, se puede distinguir al sujeto neurótico y psicópata del psicópata con parecida sintomatología, por el hecho de que los primeros padecen trastornos de la conciencia y distorsión de la realidad, mientras que los segundos presentan una ausencia de conciencia y una apreciación patológica de la realidad. Entre los individuos con tendencia antisocial, B. Karpman distingue un *grupo sintomático con aspecto psicopático*, que puede encuadrarse en los grupos nosológicos existentes, y un *grupo idiopático o primario* que se incluye en un grupo que se caracteriza por una ausencia de conciencia y una dificultad para establecer transferencia, la cual ocasiona dificultades en el tratamiento psicoanalítico.

Si se tiene en cuenta, por otra parte, la importancia que se ha concedido a la incapacidad fantasmática (L. Cassiers) y a la incapacidad de verbalización tan característica en estos pacientes (E. Trillat), se encuentran aquí ciertas características descritas por M. Marty y otros como elementos importantes de la personalidad psicopática.

La antigua noción de psicopatía o de locura moral se basaba sobre el constitucionalismo, noción de innato, invariable e incurable; nociones que respondían a la creencia de que estos trastornos son el fruto de una anormalidad constitutiva del soma, hereditaria o adquirida en el transcurso de la primera juventud, de un vicio del desarrollo que se caracterizaría por una ruptura de la armonía entre inteligencia y afectividad por un lado y las diversas tendencias instintivas por otro. En numerosas observaciones, se encuentra una importante herencia, en otras a veces se encuentran factores desencadenantes, traumáticos o encefalíticos; lo cual hace decir a algunos autores de la escuela francesa y también a G. N. Thompson que la lesión cerebral es un factor etiológico invariable en la personalidad del psicópata.

Los hallazgos E. E. G. han puesto de manifiesto la frecuencia de trazados anormales en estos sujetos, S. K. Ehrlich y R. P. Keogh los han encontrado en el 80% de los casos. Sin embargo, el 20% que presentaban E. E. G. normales eran, al menos desde algunos puntos de vista, los psicópatas más graves. Los ritmos theta descritos por W. Gray Walter y D. Hill, como asociados a trastornos del carácter con comportamiento agresivo, eran los ritmos dominantes en 18 de los 50 psicópatas estudiados por estos autores y se encuentran en el 50% de los trazados de los delinquentes adultos, según G. y J. Verdeaux. Pero este tipo de ritmos pueden tener, según estos autores, tres significados: que traduzcan un *stress* cerebral orgánico, que acompañen al trastorno

caracterial y la impulsividad, o que, en fin, aparezcan en un sujeto completamente normal en condiciones de examen penosas o irritantes.

Otros autores, rechazando o no el problema inicial de la base orgánica, ponen de manifiesto la organización de la personalidad desde un punto de vista psicodinámico, considerando la biografía de estos sujetos; porque "si ésta está hecha de "historias", es precisamente una Historia" (E. Trillat). Ésta plantea todo el problema de la identidad de la persona con relación a la alteridad, de la organización de mecanismos de identificación y de introyección, es decir, del desarrollo de la conciencia individual, muy unido desde el punto de vista psicoanalítico a la formación del Superyo y a las relaciones de éste con el ideal del Yo.

F. H. Stone (1965) insiste sobre la importancia que debe otorgarse a las primeras experiencias infantiles, y al mismo tiempo muestra el problema cómo queda impreciso y considera que las investigaciones deben basarse en las hipótesis de D. W. Winnicott sobre el desarrollo precoz del Yo, el falso-Ello, el tipo de objeto transicional y el trauma narcisista infantil precoz.

Según sus estudios con el test de Rorschach, L. Cassiers admite que en los futuros psicópatas no solamente no se producirá la introyección de los demás, sino que es todo el proceso de la elaboración simbólica inconsciente el que quedará atrofiado por su incapacidad de dar al niño suficientes gratificaciones. Podría así darse una especie de reacción de rechazo de toda vida fantasmática inconsciente, rechazo precoz que se establece en beneficio de una satisfacción inmediata de las pulsiones tal como ellas se presentan. Por este mecanismo, dice el autor, el rechazo materno podría constituir un origen psicogenético de la psicopatía.

Desde un punto de vista sociológico, H. G. Gough considera al psicópata como una persona deficiente en la capacidad de desempeñar una función. Por ello, el psicópata es incapaz de prever las consecuencias de sus propios actos, especialmente sus implicaciones sociales, porque no sabe cómo juzgar su propio comportamiento desde el punto de vista de los demás. El psicópata no puede admitir la justicia del castigo o de la privación porque ello significaría una evaluación de su comportamiento desde el punto de vista de "los demás en general" o a la sociedad. No es capaz de establecer lazos sólidos porque no sabe cómo identificarse con otro o compartir el punto de vista de otro. Carece de habilidad porque no puede anticipar las objeciones que los demás harán de su comportamiento.

Estudiando la personalidad psicopática, en el sentido amplio del término, a partir de la teoría de la comunicación, S. H. Manne sitúa la organización de este tipo de personalidad sobre el modelo del doble vínculo de G. Bateson y otros (como lo habían hecho por otra parte A. Johnson y S. Szurek), es decir, en el grupo de las comunicaciones familiares patológicas. Según este autor, el futuro esquizofrénico y el futuro sociópata (psicópata) tienen padres que dan órdenes con amenazas de castigo y contradicen estas órdenes a un nivel más abstracto: pero mientras que los padres del esquizofrénico le castigan por no obedecer en este verdadero doble vínculo, los padres del sociópata le recompensan por desobedecer; mientras que el esquizofrénico se retira de la vida en su propio mundo deformado, obedeciendo al deseo oculto de su familia de verle con una personalidad dócil, enfermiza, que requiera sus preocupaciones y sus cuidados, el sociópata huye en la vida no para su propia realización, sino para gratificar a sus padres que no pueden revelarse, siendo el paso a la acción la única forma de actuar.

Tanto si se consideran estos trastornos como de origen constitucional o en relación con un trastorno del desarrollo en el modo de las relaciones precoces madre-hijo, la mayoría de los autores piensan que existe un pronóstico desfavorable y consideran que toda acción terapéutica es difícil o ineficaz.

B. — EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE PSICÓPATA

Si se conserva el término de "psicópata", debe definirse su cuadro. No debe confundirse con la denominación "personalidad psicopática" de la escuela alemana (de la cual hemos hablado anteriormente en el grupo de las personalidades subnormales o inhabituales), ni con la de "comportamiento antisocial" que estudiaremos después. Por otra parte, en este grupo, se incluye, con demasiada facilidad, a todo sujeto que

haya presentado una actividad delictiva mientras que, como indica D. Karpman, sólo el 15% de los delinquentes entran en el grupo de los psicópatas.

Ahora se trata de discutir no sólo si la psicopatía se debe a trastornos precoces de la organización afectiva o a trastornos de tipo constitucional, sino sobre todo si se pueden aislar en el niño o en el adolescente comportamientos que permitan hacer este diagnóstico. Algunas descripciones nos orientan en este sentido.

Aunque algunos tipos de niños o de adolescentes perversos, tales como los describen determinados autores de la escuela francesa, merecen ser retenidos; la descripción de los paidopsiquiatras americanos nos parece más precisa.

En 1914, G. Heuyer, tomando las ideas de E. Dupré, describe las perversiones precoces de los instintos entre las que sitúa: la mitomanía, el vagabundeo, la fuga, el robo, la piromanía, la inafectividad, las cóleras, las violencias, el erotismo, etc. La noción de "perversión constitucional" es empleada por este autor de una forma muy amplia. La noción de perversión infantil es utilizada con frecuencia por los psiquiatras franceses y la revisión de este problema se ha hecho en dos monografías, la de R. Lafon y J. L. Faure (1951) y la de L. Michaux (1952 y 1961). La mayoría de autores franceses utilizan la noción de comportamiento perverso para definir una conducta que supone una modificación patológica de las tendencias afectivas y morales fundamentales, en la cual se encuentran algunos caracteres de la noción de psicópata tal como ha sido descrita por los autores anglosajones.

L. Michaux describe tres tipos de perversiones instintivas desde el punto de vista etiológico: las perversiones instintivas adquiridas, las perversiones instintivas reactivas o condicionales que regresan si los conflictos de base se anulan y se reproducen si reaparecen y, sobre todo, las perversiones instintivas constitucionales del tipo Dupré. En este último sentido admite que las perversiones afectan a los instintos de asociación, de reproducción, de conservación; que convergen hacia una consecuencia unívoca, la inadaptabilidad social. Esta perversión del tipo Dupré se caracteriza por la precocidad de su aparición y por su incurabilidad; es decir, por su carácter innato e irreductible, presentándose la inadaptación de forma distinta según el carácter del niño, ya sea bajo una forma pasiva (perverso apático), o bien bajo una forma activa y agresiva.

R. Lafon y J. L. Faure han descrito varias formas clínicas de comportamientos perversos:

- el comportamiento perverso descuidado, que se manifiesta, sobre todo, alrededor de los 15 años en forma de un rechazo a un esfuerzo continuado, de una búsqueda de la vida fácil, de satisfacción inmediata de deseos egoístas, de donde se desprende una inadaptabilidad en el trabajo, una inestabilidad profesional y de las reacciones de tipo medicolegal;

- el comportamiento perverso agresivo que se inicia desde la edad de 7 a 10 años, y que se caracteriza por una actitud de oposición activa sistemática a las reglas del grupo y por agresiones múltiples, con un cierto placer en ver castigar y hacer sufrir;

- el comportamiento perverso que se inicia entre los 14 y 18 años, con un fondo de desequilibrio mental que se caracteriza por un comportamiento egoísta, a la vez inestable y contradictorio, una abulia y reacciones excesivas que conducen finalmente a la inadaptación al medio.

P. Male considera que deben distinguirse en las perversiones infantiles la "reacción perversa" y el "núcleo perverso". La *reacción perversa* (impulsiones, brutalidad peligrosa respecto a otros niños, tendencia sádica a torturar a los animales, fuga precedida de robo, tendencia a prender fuego e incluso al homicidio), cuya caracte-

rística electiva no es exclusiva de una forma epileptoide de impulsión, y el *núcleo perverso* que está compuesto por los rasgos clásicos: indiferencia, inintimidabilidad, ineducabilidad. Propone distinguir: el perverso por trastornos de los instintos y retraso afectivo, los perversos de base, los perversos, los perversos sexuales disglándulares.

La noción de niño perverso, tal como acabamos de exponerla, sigue siendo demasiado descriptiva, a veces demasiado amplia y en cierta medida demasiado peyorativa y patogénicamente no suficientemente comprensiva; relacionada todavía con las ideas de Dupré, reposa en una concepción del instinto demasiado esquemática.

Es necesario decir que el término "antisocial" empleado por algunos no está tampoco, como indica F. H. Stone, desprovisto de complejidad ni de ambigüedad. Por un lado, es un concepto negativo y se debería considerar por qué ciertos niños son prosociales, y por otro, no se trata realmente de una categoría clínica, sino de una categoría sociológica que deben tener en cuenta las costumbres aceptadas por un grupo dado en un determinado momento. Señalemos, sin embargo, que la noción de carácter "antisocial puro" de K. Friedlander responde desde el punto de vista nosográfico a la noción de psicópata.

Con el título de trastornos psicopáticos del comportamiento, L. Bender se dedica a situar mejor este problema a partir de una profundización en la personalidad del niño, sin poner el acento en el carácter peyorativo de sus actos. Después de los trabajos de L. Bender y de las discusiones presididas por B. Karpman, en las que han participado cierto número de paidopsiquiatras americanos (1950-1952), se pueden establecer las características generales de lo que se puede llamar el niño psicópata. Se trata de niños que no se pueden clasificar ni entre las neurosis ni en las psicosis, ni en la debilidad mental, y que se caracterizan por una mala organización del Yo, una debilidad del Superyo que comporta cierto número de alteraciones: falta de capacidad de relaciones positivas, dificultades en el proceso de identificación, incapacidad de individuación, incapacidad de investir de sentimientos y significación a las relaciones y pensamientos, ausencia de conflictos intrapsíquicos, con capacidad limitada para experimentar ansiedad o culpabilidad, características del material fantasmático inconsciente, incapacidad de conceptualizar o de planificar en el tiempo y de beneficiarse de las experiencias pasadas o de estar motivado por una meta futura, reacciones repetitivas no modificadas por una experiencia desgraciada, reacciones inmediatas a los estímulos, comportamientos no organizados con búsqueda de una gratificación inmediata, comportamientos hiperactivos y destructores que no responden a una hostilidad definida, pero que se presentan como impulsiones difusas mal organizadas, cierta mezcla de pasividad y sugestibilidad con posibilidad de paso inmediato al acto.

Si todos están de acuerdo en considerar que la noción de psicopatía es más difícil de precisar en el niño que en el adulto, hay desacuerdos, como en las discusiones sobre el *problema patológico* de la psicopatía del adulto, por las oposiciones entre los constitucionalistas y los partidarios de la influencia del medio.

I. — ETIOPATOGENIA

Al igual que algunos paidopsiquiatras franceses, L. A. Lurie admite como esencial la influencia de los factores constitucionales u orgánicos, y considera que un examen neuropsiquiátrico riguroso permite poner de manifiesto las razones en que se fundamenta su postura. Por otra parte, debe señalarse que muchos niños que han sufrido un rechazo, una negligencia o un traumatismo en su evolución psicológica, pueden

estar, a pesar de todo, bien adaptados. Este autor postula, por una parte, la existencia de una base constitucional específica determinada por los genes, y admite, por otra parte, que existen suficientes pruebas para aceptar qué modificaciones químicas o fisiológicas pueden producir distorsiones de la personalidad. También pone de manifiesto que factores como la torpeza motora, trastornos de la percepción del espacio y un desarrollo lento del lenguaje, pueden influir sobre determinados individuos, los cuales se tornan así incapaces de alcanzar formas compensadoras de satisfacción.

Señalemos que A. y C. Haim encuentran trastornos "instrumentales" en un 55% de los psicópatas jóvenes. En nuestra opinión, estos trastornos que nosotros también hemos encontrado, pueden deberse a la inadaptación o ir unidos a déficit catéxicos, su resistencia a la donación que está implicada en el aprendizaje como primera forma de regla impuesta. De cualquier forma, en tanto que tales, estos déficit aumentan la inadaptación en el curso de la evolución.

Señalemos también que muchos psiquiatras norteamericanos rechazan el atributo constitucional que se añade a la noción de psicopatía (L. Bender, H. S. Lippman, etc.). Otros autores, como R. D. Rabinovitch, admiten que se puede plantear el problema de los factores constitucionales en los pequeños grupos clasificados por B. Karpman con el nombre de "anetópatas". Con esta denominación, este último autor describe una incapacidad de base para experimentar sentimientos de culpa y un rechazo total de nuestro comportamiento ético y social positivo. Pero frente a la "anetopatía", R. D. Rabinovitch opone la "acatexis psicógena primaria", dando a entender con esta locución el fracaso inicial condicionado por el medio a establecer relaciones objetales de base.

R. S. Lourie opina que las raíces de la psicopatía pueden encontrarse en los cinco primeros años de la vida. La mayoría de autores opinan que lo que se denomina "psicopatía" se organiza en una edad muy precoz — según R. Spitz y L. Bender, antes de los dos años.

Ya conocemos la importancia que J. Bowlby otorga a la carencia materna precoz en la patogenia de los estados psicopáticos, y no insistiremos en ello. L. E. Hewitt y R. L. Jenkins han estudiado los trastornos de las primeras relaciones, basándose en la observación de 52 niños enviados a la consulta que presentaban 3 o más de los siguientes rasgos: tendencia a atacar, tendencia a iniciar las riñas, crueldad, desacato a la autoridad, maldad y sentimientos de culpabilidad inadecuados. Este grupo de niños, que denominan "agresivos no socializados", se ha comparado con un grupo de 500 casos no seleccionados de la misma clínica. De estos estudios se deduce que en todos los casos ninguno de los padres deseaba el embarazo, y que la madre estuvo seguramente bajo una tensión emocional considerable durante este período; que ambos padres, pero especialmente la madre, han rechazado dar afecto al niño desde el principio, que los niños convivieron de forma temporal o permanente con parientes o extraños o cambiaban de un padre a otro y, en los casos en que los padres vivían juntos, que sus relaciones eran poco armoniosas, que ambos padres eran más bien de carácter violento y la familia mal considerada por los vecinos. Ninguna otra relación entre los miembros de la familia ha alentado el desarrollo de una actitud social sana en estos niños. Uno de los padres era generalmente muy dominante, mientras que el otro asumía pocas responsabilidades. El estatuto del niño en el hogar era una fuente de conflicto en la familia. La madre, y en gran medida el padre, no aceptaba ninguna interferencia del exterior, impidiendo al niño los cuidados de la escuela y de las autoridades. Durante buena parte del tiempo, estos niños son indiferentes en sus actitudes y la madre más susceptible de ser manifiesta-

mente hostil o rechazadora. En conjunto, puede decirse que, esencialmente, se trata de un cuadro de rechazo paterno generalizado y continuo, y en especial de rechazo materno manifiesto desde el nacimiento del niño.

El papel desempeñado por la influencia materna es descrito por muchos autores; pero, con anterioridad, D. M. Levy admite que las actitudes paternales pueden ser de dos tipos, y en consecuencia distingue dos tipos de psicópatas:

— el *psicópata indulgente* al que se le ha permitido todo, al que probablemente se le ha permitido poner en juego libremente su agresividad; en él, la estructura del Superyo es débil porque la identificación está representada sólidamente por una madre amante e indulgente;

— el *psicópata por carencia*, en el que la estructura del Superyo es débil debido a las deficiencias en el proceso de identificación.

En el psicópata por carencia la capacidad de desarrollar modelos es defectuosa; con el psicópata con el cual se ha sido demasiado indulgente, los modelos existen pero tratados a la ligera.

Por otra parte, como señala B. Karpman, junto a los padres, como factor etiológico, deben tenerse en cuenta también las reacciones paternales secundarias al comportamiento del niño, las cuales pueden tener importancia para el pronóstico y la evolución. En efecto, una vez aparecida la hostilidad en el niño, ésta provoca como contrapartida la hostilidad de los padres y de la comunidad, lo cual va a dificultar su desarrollo.

Los que admiten que la psicopatía se inicia en el primero o segundo año consideran que los trastornos están en relación con carencias afectivas graves, separación real con la madre o actitud inconsistente de ésta (cambiante, imprevisible), lo cual dificulta, como señala R. Spitz, las relaciones objetales sólidas y pone en peligro todo el proceso de identificación. A la pasividad primaria le sucede una alternancia entre sumisión, agresividad y desafío, lo cual es una tentativa para "conseguir por la fuerza las cosas esenciales que el mundo no quiere darle".

Para L. Bender, el déficit primario de los psicópatas es una incapacidad para identificarse en una relación con las demás personas, debido a que no han tenido la experiencia de una identificación continua desde la primera infancia, desde las primeras semanas hasta el período en que se constituye el lenguaje y se organiza la personalidad desde el punto de vista psicosexual y psicosocial. Esta falta de capacidad para identificarse o para formar una relación objetal se plantea en relación con la falta de ansiedad y de culpabilidad. Así pues, para este autor parece que la ansiedad y la culpabilidad no son cualidades principal o primitivamente instintivas, sino que aparecen como reacción frente a las amenazas que se producen durante la organización de las relaciones objetales y de las identificaciones.

Si las etiologías que acabamos de describir no son siempre claras en las anamnesis de nuestros niños, más compleja es aún la discusión sobre la patogenia de estos trastornos.

Para K. Friedlander, el niño "antisocial" se caracteriza por una transformación defectuosa del Superyo, que descansa sobre un desarrollo alterado del Yo: fracaso del Yo para desarrollarse según el principio de realidad. Estos defectos serían debidos a la incapacidad de abandonar las gratificaciones instintivas incluso bajo la presión del temor de la castración, de tal forma que la internalización de una imagen paterna desexualizada no se realiza nunca. Según este autor, existe un "carácter antisocial" formado por un Yo bajo el dominio del principio del placer y por el Superyo no desarrollado. Este carácter no excluye el conflicto neurótico, ya que el Yo puede

desarrollarse según el principio de realidad para ciertas necesidades instintivas y no para otras; puede existir un desarrollo parcial del Superyo. La diversidad de los cuadros encontrados en la clínica se justifica por la variable proporción del aspecto neurótico asociado al carácter antisocial.

D. Thiel Godfrind, profundizando el punto de vista de K. Friedlander, intenta situar las personalidades con "núcleo psicopático" en relación con las personalidades con "núcleo psicossomático". Respecto a la estructura dinámica de estas personalidades, las fijaciones pregenitales son determinantes, apenas encubiertas por un acceso frágil a la genitalidad; respecto a su funcionamiento, estas personalidades pueden adaptarse según un modo neurótico de disposición de la realidad, pero el fracaso del equilibrio en los sectores más evolucionados los precipita en la reaparición de un modo arcaico de adaptación. En el "psicossomático" hay regresión a un estadio de indiferenciación entre la expresión somática y la elaboración fantasmática, la angustia suscitada en ellos por los fantasmas vuelve de nuevo a asociarse íntimamente con una vía arcaica de exutorio y encuentra refugio en la vía somática; en el "psicópata" la regresión se caracteriza por la vuelta a un estadio de indiferenciación entre la representación fantasmática y la acción motora. Este autor insiste, sin embargo, en el carácter patognomónico que debe darse a la ausencia de la vivencia afectiva de los "momentos psicopáticos". La evolución hacia uno u otro de estos trastornos sería el resultado de una conjunción compleja en la que intervendrían tanto las características propias del niño, como los ecos afectivos que ésta suscita en madres que presentan una patología particular.

Para D. Braunschweig, los trastornos psicopáticos son consecuencia de una carencia esencial en las organizaciones narcisistas primarias. Todo sucede como si, durante el estadio de omnipotencia narcisista (que, por otra parte, sólo está asegurada por la unidad del niño y de los cuidados maternos) hubiera existido una carencia que no hubiese permitido al narcisismo proyectarse sobre el objeto y desplegarse de nuevo sobre el Yo durante su organización.

II. — PROBLEMAS TERAPÉUTICOS

La mayoría de los autores consideran que la personalidad del psicópata es una personalidad fijada, difícilmente movilizable y de pronóstico siempre desfavorable. Además, esto es aceptado tanto por los partidarios de una constitución particular como por los que consideran que la desorganización de la personalidad que se produce a una edad muy precoz, es difícil de remediar. Los que admiten que la psicopatía es una neurosis infantil de carácter (F. Humbert, A. Repond), creen que el tratamiento psicoterapéutico, cuando se inicia en la infancia y persiste hasta la pubertad, evoluciona favorablemente y es incomparablemente más fácil que cuando es aplicado de forma tardía; los trastornos del carácter que no son asistidos de forma precoz pueden evolucionar hacia el cuadro que se conoce con la denominación de psicopatía. Desde el punto de vista pronóstico, es esencial establecer desde edad precoz si se trata de una "psicopatía pura" o de reacciones psicopáticas a componentes neuróticos, las cuales pueden tener un mejor pronóstico.

R. L. Jenkins, discutiendo el problema del tratamiento del "niño agresivo no socializado", considera que si se intenta tratarlo por métodos apropiados para los niños demasiado inhibidos (neurótico retraído), su comportamiento puede empeorar. Por otra parte, una estimulación de la libre expresión de la agresividad no produce ninguna mejoría, al contrario, hace aumentar el comportamiento hostil y agresivo.

Debe señalarse también que estos sujetos intentan protegerse contra el desarrollo de cualquier ligazón y rompen las relaciones cuando empiezan a sentirse ligados. La psicoterapia debe tener como finalidad ayudar al paciente a reconocer que su sustituto paterno se interesa en su bienestar, que no es hostil sino que únicamente hace restricciones razonables, y que la actitud prudente consiste en sacar partido de las ocasiones constructivas que la situación ofrece. Este autor concuerda con W. y J. McCord en considerar que la psicoterapia puede tener como resultados una disminución de los fantasmas agresivos, un aumento significativo de su culpabilidad interiorizada y una representación de las figuras de autoridad como menos punitivas, así como un aumento de sus ideales del Yo y de sus capacidades para mantener relaciones afectuosas.

A menudo es difícil diferenciar lo que se denomina "psicopatía pura" y psicopatía de origen neurótico; en estos casos, nuestra terapéutica no debe estar influida por el diagnóstico de psicopatía o pseudopsicopatía, sino por la evolución del propio tratamiento, que nos permitirá hacer el diagnóstico.

Todos conocemos personas etiquetadas de "psicópatas" en un momento determinado de su existencia y que posteriormente han tenido salidas (más o menos conformes) en un medio social. En realidad, existen pocas catamnesis basadas en una larga evolución de sujetos diagnosticados de psicópatas. M. Craft (1966), después de una amplia encuesta realizada en los hospitales especiales de Inglaterra, encuentra que un número considerable de psicópatas mejoran con el tiempo o con una acción psicoterapéutica. Para algunos autores, la mejoría puede oscilar desde la posibilidad de un trabajo en talleres protegidos hasta la integración en la comunidad.

*
* *

Si nos hemos detenido largamente en la noción de "psicópatas", no es porque éste sea frecuente o se descubra con facilidad en la infancia o la adolescencia, sino porque, si se admite que existe verdaderamente como entidad, sólo los estudios sobre el desarrollo de su personalidad nos permitirán comprender su patogenia. Cuando se aborda este problema se corren dos peligros: el de extender demasiado el cuadro reuniendo aspectos muy heterogéneos o bien limitarlo demasiado, haciéndolo, por así decirlo, desaparecer. Cuando intentamos definir a este individuo, lo hacemos, por una parte, en relación con su "modo de ser", pero, por otra parte, en relación con una previsión de su "modo de evolucionar". Nuestros juicios respecto a los psicópatas son ambiguos, ya que someten a discusión nuestra propia personalidad y están íntimamente relacionados con la transferencia y nuestras proyecciones. El psicópata nos sitúa frente a nuestros propios problemas (simpatía por el escándalo o proyección de nuestro Superyo rígido), ya sea trastornando nuestra relaciones con la sociedad (que asumimos o rechazamos), o bien porque, por un esquematismo inconsciente, sentimos al psicópata como si fuera la imagen de la realización de nuestro principio de placer, debido a que por sus actos parece negar el principio de realidad; en efecto, a veces se otorga a sus actos un valor estético sin tener en cuenta que su carácter gratuito elimina toda idea de transformación y que si, en relación con la ley, parecen ser actos de rebeldía y de transgresión, en relación con el individuo que los ejecuta comportan una determinada restricción de su propia libertad, ya que se trata de actos sin opción (acto en cortocircuito, acto por simple desinhibición, acto reactivo sobre un fondo de euforia artificial o de depresión, etc.), actividades de las que no puede sentirse responsable, ya que se opone a objetos que nunca han adquirido una consistencia y que niega a través de su destrucción. Por sus actos, el psicópata no manifiesta ni su rebeldía

contra la injusticia, ni su voluntad de transformar el mundo. Así, llega a negar su propia identidad y a manifestar sin cesar su irresponsabilidad.

El psicópata, a la inversa del delincuente profesional, no organiza ni planifica su actividad, controla mal sus emociones y sus estados tensionales, reivindica derechos saboteando sus propias reivindicaciones, no soporta las menores frustraciones y lo que es vivido por él bajo una forma de omnipotencia sólo esconde su impotencia para actuar de otra forma. Tolerancia mal su soledad, pero también se siente mal en un grupo, insatisfecho y voraz, tiene necesidad de demostraciones de afecto episódicas. Sólo obtiene placer de la inconsistencia de la acción inmediata, de la imaginación a corto plazo y no es capaz de fantasmaticar; sus pensamientos y sus actos sólo despiertan deseos nunca satisfechos. Juega siempre como si una jugada de dados pudiera abolir el azar, pero actúa como si jugara con dados trucados. En realidad, el resultado es siempre el castigo, pero éste nunca puede demostrarse, ya que es negado por los mecanismos de proyección.

De hecho, existen dos tipos de psicópatas: los psicópatas primarios y los sujetos psicopatizados. Nosotros no creemos que la psicopatía sea un trastorno congénito, pero existen determinadas desorganizaciones precoces que permiten que la psicopatía sea posible. Tales son los déficit pulsionales de base, voracidad excesiva o insuficiente, agresividad demasiado fuerte o demasiado débil, dificultad de las primeras catexis por hiperactividad o por atonía de base, o catexis insuficiente por falta de respuestas. Se ve claramente en la mayoría de estos sujetos que se encuentra un fondo carencial (abandono real o vivencia de abandono). Esta falta de aporte desvía completamente todo el mecanismo de la organización y modifica de una forma precoz los mecanismos de los intercambios afectivos (capacidad de amar y de ser amado), sin los cuales no se puede llegar a una verdadera organización de la identidad. Pero en esta organización defectuosa, no debemos tener en cuenta solamente lo que el sujeto ha recibido o no, sino también su capacidad de recibir o de dar, ya que existen, de hecho, carencias no por falta de aportes, sino (como en algunas avitaminosis) por incapacidad de asimilación.

Algunos autores consideran que el psicópata es, de hecho, un individuo inmaduro que persistirá más tiempo que los demás en la fase del principio del placer, sin tener en cuenta el principio de realidad. Si esto fuera cierto, en principio este individuo debería normalizarse con la edad (lo cual es afirmado por algunos), pero creemos que una inmadurez que se prolonga se transforma en una dismadurez, ya que una madurez que no se lleva a cabo a su tiempo produce un desequilibrio en la organización de la personalidad. Por otra parte, las exigencias del medio se refieren continuamente a la edad real y, además, las actividades de inadaptación crean por sí mismas un retraso en la formación exigida, y el sujeto por sus reacciones deteriora el modo de relación con el medio.

Junto a estas psicopatías primarias, existen psicopatías secundarias o sujetos psicopatizados. Estos individuos presentan, durante su evolución, rasgos de inmadurez afectiva, rasgos neuróticos mal definidos, trastornos del carácter con inestabilidad, los cuales toman una forma psicopática después de acontecimientos reales, a veces fortuitos, de contingencias familiares, escolares o institucionales, de adhesión a grupos inconsistentes, debido a la búsqueda de afecto y a la esperanza de encontrar una identidad. En estos sujetos se encuentra a menudo una ansiedad flotante, así como rasgos neuróticos o bien componentes prepsicóticos. Pueden organizarse progresivamente con un modo de estructura cerrada tan difícil de abordar como las psicopatías primarias.

Es sobre todo en estas formas en las que el psiquiatra infantil puede realizar una higiene mental a través de un tratamiento precoz intensivo.

Por otra parte, debe prestarse atención a los problemas que plantean las instituciones destinadas a tratar los trastornos del carácter y del comportamiento. En efecto, aunque algunas de ellas pueden modificar la evolución de la personalidad de estos sujetos, otras corren el peligro de reforzar la psicopatía a través de la confrontación con sujetos afectos de las mismas tendencias.

IV. — EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE ANTISOCIALES

Lo que describiremos aquí corresponde aproximadamente a la noción de comportamiento antisocial, tal como se describe en la segunda edición (1968) del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: "individuos predadores y que persiguen más o menos fines criminales...", y que son normales desde el punto de vista psiquiátrico, pero que sin embargo tienen problemas suficientemente graves para justificar el examen por un psiquiatra". K. Stovanovitch (1969) destaca las contradicciones que existen en cuanto a la salud mental de estos sujetos, por una parte en los mismos términos de esta definición, y por otra debido a que el "DSM II" considera que todo comportamiento criminal es una prueba de la enfermedad mental. Para este autor, este concepto debería eliminarse de los términos diagnósticos; su uso actual se diferencia poco del concepto de personalidad antisocial, siendo los casos disociales, antisociales prodrómicos incompletamente desarrollados, o bien atípicos, quizá con dotes naturales más ricas.

Según nosotros, se trata de sujetos que no tienen en cuenta o entran en conflicto con las normas sociales usuales; no muestran desviaciones de la personalidad típicamente significativas aparte de las que están relacionadas con la adhesión a los valores del código de su propio grupo.

A este respecto, R. Mucchielli, en su estudio de la delincuencia, distingue los falsos delincuentes de los delincuentes verdaderos. Entre los falsos delincuentes deben incluirse los neuróticos, los psicóticos, los epilépticos o enfermos orgánicos, etc., así como los psicópatas afectos de una desorganización de la unión con la realidad y una desorganización del Yo. En la delincuencia verdadera deben clasificarse los "sociopatas" afectos de una desorganización de la participación social en la vida de relación social, lo que da lugar a anormales sociales en el sentido de inadaptación social, la cual va unida a una adaptación excelente a la realidad y a la subcultura delincuente, garantía de una fuerza indiscutible del Yo. Según este autor, si los falsos delincuentes pueden ser comprendidos desde un punto de vista psicopatológico, los delincuentes verdaderos o "sociopatas" deben estudiarse a partir de una base sociopatológica, es decir, a partir del estudio de las alteraciones de la conciencia sociomoral de los humanos, y en primer lugar de los mecanismos generadores de la estructura delincuente como tipo de disociabilidad.

En este grupo entran formas distintas, unos casos son el producto de la subcultura, en la que los niños son educados en medio cerrado sin salida en el plano del conocimiento ni en el de las necesidades elaboradas. Su modo de vida, generalmente libre en el cuadro familiar, se constituye a partir de determinadas normas cuyo código es distinto de las de la sociedad establecida, y el código de la calle no es necesariamente el mismo que el familiar. Pero en algunos grupos subculturales existen a menudo códigos muy rígidos, de obediencia patriarcal o matriarcal, de honor, que se refieren solamente a un grupo y que pueden estar en contradicción (aunque también sean rígidos) con la ley en vigor.

Por otra parte existen sujetos educados en un medio coherente en relación con las normas sociales de la nación o de la época y que, durante determinados cambios sociales o durante algunas fases de su desarrollo, se incluirán por facilidad o por reacción pasajera con grupos asociales, y aceptarán después, por facilidad o hábito, las leyes de este nuevo grupo; en estos casos no se encuentra necesariamente un tipo de personalidad definida, entran en un grupo por azar, permanecen en él por hábito, y encuentran algunas ventajas o no encuentran la forma de salirse, perdiendo las relaciones con el medio natural del que han sido rechazados debido a su conducta; así, pues, se adhieren por convicción a la moral del nuevo grupo.

Para H. F. Shirley, una gran parte de la delincuencia juvenil de Estados Unidos corresponde al tipo disocial. Estos sujetos, como señala este autor, se hacen miembros de un grupo con orientación antisocial después de una vigilancia inadecuada, de una falta de recursos de la comunidad, de una no aceptación de la vida de los adultos y de la comunidad. Aprenden a vivir la vida de una subcultura caracterizada por su ilegalidad y que, aunque minoritaria, es un problema social siempre presente y serio.

Es evidente que estas formas de organización de tipo disocial están íntimamente relacionadas con el propio problema social, con una cierta decadencia y con una injusticia en el reparto de los bienes y de la cultura de los que la comunidad debe sentirse responsable. El problema es, pues, al menos en principio, menos psiquiátrico que sociológico, lo que no impide que pueda hacerse el estudio en el plano del desarrollo de la personalidad, ya que es cierto que estos sujetos tienen sus propios conflictos y su propia psicología o patología diferenciales. Pero esto no quiere decir que incumba al psiquiatra el papel de defensor de la sociedad establecida. Puede ser necesaria su intervención en las consecuencias traumáticas o conflictivas, cuando las reglas establecidas imponen al sujeto un cambio de código, lo cual no se produce sin dar lugar a tensiones. Nuestra función; en estos casos, no consiste en ser los misioneros de la sociedad, sino corresponder al individuo como tal, en sus dificultades.

Sin embargo, no debe olvidarse que muchos de estos sujetos pueden haber presentado trastornos precoces de la personalidad, consecuencia en unos de determinadas carencias afectivas y en otros de su mala inserción. La psicología de determinadas personalidades desarraigadas o de determinados individuos componentes de grupos sectorios se descompensan a veces cuando, en tanto que individuos, son confrontados con otra realidad para la cual no están preparados.

V — LAS PERTURBACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y DEL CARÁCTER

(EN EL CUADRO DE LA INFANCIA INADAPTADA)

El término "comportamiento" está tomado aquí en un sentido muy general, no en el sentido particular de Watson, sino en el de idea de conducta tal como lo ha descrito D. Lagache, es decir, "el conjunto de acciones materiales o simbólicas por las cuales un organismo en situación tiende a realizar sus posibilidades y a reducir las tensiones que amenazan su unidad, poniéndolo en movimiento".

Utilizaremos la noción general de "perturbaciones del comportamiento" para lo que se llama "infancia irregular", "niños caracteriales", conocidos también con la

denominación de "niños difíciles". En efecto, como dice M. Tramer, el carácter se traduce ante todo en el comportamiento del niño. G. Heuyer describe el carácter como el conjunto de tendencias emotivoafectivas, hereditarias o adquiridas, que regulan las condiciones de los individuos con las condiciones del medio ambiente. Esta interacción entre el individuo y el medio aparece igualmente en la definición de B. Bartoleschi y R. Mayer, así como en la de M. Tramer.

En la noción de "niño difícil", de G. Amado, se incluye también la idea de trastornos de conducta y de carácter. Otros autores, como Y. M. J. Chombart de Lauwe, se refieren poco más o menos al mismo tipo de niños con el vocablo "niños inadaptados". Hay que subrayar que estos dos últimos autores sólo toman en consideración a los niños menores de 14 años, de inteligencia normal y que no presenten perturbaciones orgánicas evidentes.

Conviene señalar que, no siendo tomadas estas precauciones por todos los autores, la descripción de este tipo de niños está lejos de ser homogénea. Cuando se examinan las medidas de asistencia, el problema de la desadaptación adquiere una importancia primordial; en efecto, desde el punto de vista de la asistencia, se distingue entre los débiles o debilitados, por un lado, de los sujetos que sufren perturbaciones de comportamiento sin estado deficitario importante, por otro.

El aislamiento de grupos de niños que sufren "perturbaciones de carácter y de comportamiento" tiene ventajas prácticas, pero también inconvenientes evidentes.

En la segunda edición de la obra americana *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, aparece una categoría con el título de "trastornos del comportamiento en los niños". Se incluyen en esta categoría los trastornos producidos en la infancia y adolescencia que son más estables, interiorizados y resistentes a los tratamientos que las "perturbaciones transitorias situacionales", pero menos que las psicosis, las neurosis y los trastornos de la personalidad. Esta estabilidad intermedia se ha atribuido a la fluidez mayor de todo comportamiento a esta edad.

Ante nuestra perplejidad, se suele dar, pues, una solución fácil a los comportamientos todavía mal estructurados y considerados como lábiles. El gran peligro reside en la tendencia a satisfacerse con este diagnóstico sin ocuparse de la dinámica conflictual siempre latente.

Cualquiera que sea la solución, la mayoría de los autores han intentado describir algunos tipos particulares de perturbaciones de comportamiento:

- según las características de una sintomatología manifiesta;
- según el pronóstico de educabilidad y el punto de vista medicosocial;
- según el tipo de reacciones organizadas sobre el fondo familiar.

Así, en la literatura de lengua francesa, se describen frecuentemente algunos niños agrupados según la naturaleza de sus reacciones, de sus componentes caracterológicos o temperamentales: inestables, agresivos, coléricos, ladrones, huidizos, mitómanos, reprimidos o excitados, inhibidos o desinhibidos, impulsivos, hiperemotivos, rasgos de carácter fóbico, obsesional, histérico, proyectivo, etc.

Esta clasificación es criticable, de un lado reúne síntomas cuya patogenia está lejos de ser unívoca y, de otro, organizaciones caracterológicas que pueden ser más transitorias que fijas; como destacan L. Michaux y D. J. Duché, es un error corriente querer hacer entrar forzadamente a cada niño en un cuadro tipo; la mayoría no dependen de un cuadro tipológico; cabalgan sobre muchos de ellos con o sin predominio de una tendencia; estos tipos pueden parecer constitucionales o adquiridos; pueden quedar en el grado de las particularidades psicológicas o realizar una determinación psiquiátrica: neurosis o psicosis.

J. L. Lang, en función de un pronóstico de educabilidad y desde un punto de vista medicosocial, prevé tres eventualidades:

- Perturbaciones caracterológicas reaccionales cuyo desequilibrio e inadaptación resultan de la

situación presente; las manifestaciones caracterológicas parecen desempeñar un papel defensivo, sobre todo, comprometiendo poco la estructura profunda del sujeto.

— *Perturbaciones caracterológicas y estructurales.* La persona está ya "estructurada" en un sentido determinado; las reacciones desviantes, aberrantes, ineficaces o exageradas vienen a ser parte integrante del edificio; pero sólo importan su armonía, su equilibrio o su utilización, mientras que, por el contrario, los mecanismos patológicos de adaptación a la realidad son raros o están ausentes. Se trata de un modo más o menos anormal de estar en el mundo, de obrar o de reaccionar.

— *Estructura caracterológica patológica.* Aquí las perturbaciones del comportamiento o de la conducta tienen por fundamento profundas perturbaciones afectivas y los sujetos expresan a través de verdaderos síntomas su incapacidad para resolver sus intrincados conflictos (estructuración patológica) o de mantener la coherencia de su persona física.

Para este autor no hay solución de continuidad entre estas tres categorías y no se podría establecer una relación constante entre ambas categorías y la gravedad de los pronósticos.

Partiendo de las categorías establecidas en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, R. L. Jenkins trata de establecer unos grupos en los que la descripción va acompañada de un estudio del anterior plan familiar. De este modo describe:

— *Una reacción hipercinética* frecuente antes de los 8 años de edad, que tiende progresivamente a ser menos frecuente para desaparecer hacia los 15 o 16 años, cuyas características se asemejan a las de la inestabilidad psicomotriz de la nosografía francesa (véase el capítulo *La organización psicomotriz y sus perturbaciones*), sin que haya lugar a suponer que todos los casos tengan su origen en lesiones orgánicas. Cuando estos niños hipercinéticos se desarrollan en un hogar fuerte, comprensible y estable, se suelen socializar, aunque su aprendizaje necesita algo más que la dosis normal de paciencia: insistencia, firmeza y constancia. En un hogar inestable e inconsistente, tienden a desarrollar un conflicto creciente con sus padres y a hacerse incontrolables.

— *Una reacción de repliegue*, caracterizada por "aislamiento, desapego, sensibilidad, timidez e incapacidad general de formar relaciones interpersonales sociales estrechas entre sujetos que no están todavía bastante estabilizados para justificar el diagnóstico de personalidad esquizoide". La citada reacción tiene tendencia a sobrevenir cuando la relación con los padres es insatisfactoria y falta de calor. La enfermedad materna, bajo la forma de psicosis, inestabilidad, repliegue, enfermedades crónicas, alteraciones físicas, es muy frecuente.

— *Una reacción hiperansiosa* en los sujetos que sufren una ansiedad crónica, miedo excesivo e irrealista, respuestas autónomas excesivas y que se presentan como seres inmaduros, careciendo de confianza en sí mismos, conformistas, inhibidos, sumisos, que precisan que se les autorice y aprenden ante situaciones nuevas surgidas en un contorno no familiar. En general, las reacciones hiperansiosas tienden a sobrevenir en las familias de la clase media cuyos padres tienen ambiciones intelectuales y esperan mucho de sus hijos. Desde una edad precoz, el niño es estimulado por una madre hiperansiosa, se le impone un estándar conformista y se exige de él resultados a veces excesivos.

— *Una reacción de huida.* Se trata de niños tímidos que presentan tendencia al robo, a la fuga, que, desanimados, a menudo aislados y apáticos, tienden a asociarse con compañeros que la comunidad considera como indeseables. En último término se encuentra en estos casos un típico rechazo paterno antes o después del nacimiento, así como una gran severidad e inconsistencia. El niño ilegítimo, no deseado, es un frecuente ejemplo de este grupo.

— *Una reacción agresiva no socializada.* Estos niños se caracterizan por una obediencia hostil, manifiesta o velada, un humor belicoso, una agresividad física y verbal, un espíritu de venganza y destrucción, crisis de cólera, una desinhibición sexual. El hogar familiar es típicamente frustrante, los padres mismos son típicamente inestables en sus relaciones conyugales y no han dedicado afecto al niño; si no rechazado, éste es entonces superprotegido. La consecuencia de este tipo de reacción no socializada es la personalidad antisocial o psicopática.

— *Una reacción de delincuencia en grupo.* Se trata de delincuentes socializados en estado de rebelión de grupo contra las estructuras y las limitaciones de nuestra sociedad. Este comportamiento de grupo es en gran parte un comportamiento aprendido; representa un conflicto social de

grupo más bien que una psicopatología individual. Los delincuentes socializados se distinguen del niño agresivo no socializado y del que tiene reacciones de huida, a causa de su mayor socialización de base y, en particular, a su capacidad de lealtad al código que ha escogido (véase el párrafo acerca de los psicópatas y los disociales). El delincuente socializado representa no un fracaso de socialización, sino una limitación de la lealtad a un grupo más o menos preestablecido.

De hecho, lo que caracteriza estas perturbaciones es la inadaptación; los trastornos se presentan como síntomas que tratan de expresarse en relación a una personalidad conflictual y en vía de evolución. Desde este punto de vista se debe examinar la sintomatología en el cuadro de la dinámica de la estructura psicológica del niño en un momento dado.

En función del balance psiquiátrico, psicológico y social de un grupo de 450 niños que no son débiles mentales de edad comprendida entre los 6 y 12 años (compuesto de dos tercios de niños y uno de chicas residentes en un centro de observación), R. Cahn, M. Capul y D. Cahn-Fillachet consideran que las perturbaciones del comportamiento de los niños inadaptados se distribuyen entre un 65% de perturbaciones caracterológicas y ligeramente neuróticas, un 22,5% de perturbaciones caracterológicas importantes, un 90% de perturbaciones neuróticas profundas y sólo un 1% de psicosis.

Nosotros tenemos una gran responsabilidad cuando, actuando con cierta sintomatología, reunimos en el mismo plano a niños de personalidades diferentes, pues existe el riesgo de comprometer más o menos su porvenir, pues desde entonces el "peso" de la asistencia que prestamos puede ser considerable.

En un grupo infantil y juvenil dado se han obtenido las cifras más variadas en el apartado de los "caracterológicos". Sin embargo, según J. L. Lang, de un 5 a un 10% de la población escolar en sentido amplio (de la "maternal a la universitaria") plantea en un momento cualquiera de la escolaridad problemas de adaptación lo bastante arduos para justificar un balance médico psicopedagógico completo, eso sin tener en cuenta los deficientes intelectuales, motores, sensoriales o físicos. El porcentaje de los individuos que exigen medidas prolongadas representaría un 4 o 4,5% de la población de esta edad; las medidas han sido adoptadas para un período de quince años. La inclusión más o menos amplia en el grupo de la inadaptación no dependerá solamente de la definición de esta noción, sino también de la tolerancia del medio, del carácter molesto de los trastornos, de la urgencia de una solución y de las propias posibilidades de descubrirla.

Creemos que debe prestarse especial atención al porvenir de estos niños que, después de un diagnóstico que a menudo puede ser el fruto de una contratransferencia o de la confirmación de una etiqueta, corren el peligro de estar marcados definitivamente, mientras que su porvenir está lejos de ser siempre comprometido. Sólo estudios catamnésicos profundos permitirán hacer una crítica fructífera de nuestros pronósticos. En 1951, se publicaron un determinado número de trabajos sobre el porvenir de estos niños: J. Euzière, R. Lafon y cols., P. Meignant y cols., R. Crémieux y cols., C. Kohler y cols., presentaron los resultados de sus trabajos. Los más interesantes, por su amplitud y su metodología, son los realizados en el servicio de G. Heuyer, pero, desgraciadamente, a pesar de la riqueza de sus aportaciones, no pudieron alcanzar completamente la finalidad que pretendían. El porvenir a largo plazo de los niños inadaptados también ha sido objeto de otros trabajos (D. W. Cohen y M. L. Carper, G. E. Gardner y N. Goldman, P. O'Neal y L. N. Robins, D. P. Morris y E. P. Soroker, etc.), pero, como señala R. Cahn, la mayoría de los estudios catamnésicos engloban poblaciones variadas de niños inadaptados y casi todas se centran sobre el valor de la adaptación del adulto sin referencias clínicas

precisas. Otros trabajos sólo consideran una categoría muy limitada de trastornos clínicos observados en la infancia de los que se examinan su evolución posterior. Por otra parte, pocos estudios (excepto los de G. Heuyer y de L. N. Robins y P. O'Neal) establecen una comparación con un grupo de control. Basándose en el análisis de los trabajos de estos autores y en la investigación efectuada en el Centro de Observación de Vitry-sur-Seine, R. Cahn admite que sólo 1/5 parte de los sujetos inadaptados anteriormente no conservan ningún trastorno; y aunque la adaptación es satisfactoria en los 2/3 de los casos, desde el punto de vista clínico persisten dificultades más o menos importantes en un 80% de los casos. Estos resultados contribuyen a explicar la fragilidad de muchas adaptaciones que, a grandes rasgos, parecen sensiblemente idénticas al conjunto de la población. En la estadística de R. Cahn, así como en la de G. Heuyer, los porcentajes de internamiento en los hospitales psiquiátricos no está significativamente elevada en relación con la población general. Los resultados de las investigaciones de la mayoría de autores, así como los de R. Cahn, coinciden en demostrar la ausencia de relaciones entre los trastornos caracteriales y neuróticos del niño (los más llamativos y los menos tolerados) y las psicosis del adulto. Por otra parte, R. Cahn, según sus estudios estadísticos, muestra que los sujetos que presentan un determinado síntoma, sea cual fuere, tienen una evolución ni mejor ni peor que la del conjunto del grupo y se reparten de forma sensiblemente idéntica en sujetos equilibrados y ligera o profundamente perturbados. La estadística de G. Heuyer mostró que no existía ninguna repercusión sobre el pronóstico en lo referente a haber comprobado en la infancia de los sujetos examinados, signos de inestabilidad, depresión, hipocondrías, epileptoides, esquizoides, rasgos paranoicos e incluso tendencias perversas, mientras que la rebeldía, la agresividad, la obstinación así como la inhibición tendrían una correlación incluso más bien favorable con una buena adaptación. Los robos ocasionales no comportan tampoco ningún significado pronóstico desfavorable. Sin embargo, existen algunos síntomas que parecen tener un significado privilegiado. Así, en el trabajo de P. O'Neal y L. N. Robins, se observa una correlación particularmente elevada entre las fugas del niño y los porcentajes de desviación en el adulto. R. Cahn señala que los niños que presentan tendencias suicidas o autoagresivas, y perversidad con agresividad maligna, se muestran posteriormente más frecuentemente agresivos, mal controlados, ansiosos, mitómanos, paranoicos, con tendencia a la oposición y a las fugas y en conjunto más perturbados que el resto del grupo. Si el síntoma sólo tiene un determinado valor pronóstico, ciertos tipos de estructuras psicopatológicas tienen significados más válidos. Según el trabajo de R. Cahn, parece deducirse que las evoluciones favorables se producen en los niños que tienen un Yo sólido sin perturbaciones afectivas profundas y sobre todo cuando la desdramatización o la desaparición de una situación patógena y libera la evolución libidinal que reemprende su curso, el cual había estado bloqueado durante algún tiempo. En algunos casos puede evolucionar hacia una adaptación satisfactoria, sin perturbación profunda de la personalidad a pesar de la persistencia aparente o subyacente de una misma estructura psicopatológica. Todo ocurre, dice el autor, como si las conductas se adaptaran cada vez más con mejores controles que permiten la atenuación o la desaparición de los conflictos más espectaculares, mientras que la estructura de la personalidad persiste idéntica con los mismos problemas afectivos no resueltos y los mismos mecanismos de defensa más o menos patológicos. También se encuentra aquí una cierta evolución de la maduración del Yo con posibilidades de adaptación y de catexis relativamente satisfactorias respecto al núcleo conflictivo persistente. Los casos desfavorables se caracterizan por personalidades profundamente perturbadas en las que predominan los mecanismos de autopunición, o donde

se encuentra la intensidad de fijación pregenital, la debilidad y la disarmonía del Yo, que reduce o aniquila las posibilidades de movilización de energía libidinal y de nuevas catexis. Así, a la luz de este estudio de R. Cahn, parece ser que la psiquiatría infantil no permite prever la aparición de trastornos mentales posteriores de forma segura, sino sólo con una probabilidad más o menos grande.

Las hipótesis patogénicas de los trastornos del comportamiento son diversas. A propósito del carácter, G. Heuyer admite que debe reconocérsele tres sentidos que responden a los conocimientos de la patología: carácter congénito y origen constitucional (el carácter representa las disposiciones innatas que nos inclinan siempre en el mismo sentido; dependencia del medio (el carácter que representa el conjunto de las cualidades morales adquiridas que afectan a la personalidad); en sentido amplio, el carácter designará el complejo psicológico individual que sólo puede entenderse refiriéndose a las modalidades de maduración y a la acción continua de las corrientes afectivas profundas que establecen entre el niño y su medio intercambios con aportaciones, exaltaciones, desgastes y destrucciones. Es decir, que es en un dinamismo incesante, a menudo oscuro, como las tendencias afectivas del niño se modifican en cantidad, en fuerza y en calidad.

Es verdad que desde el principio del desarrollo del niño y a una edad muy precoz se percibe ya una cierta organización temperamental y modos de reacción que persistirán durante la infancia, pero también es cierto que en algunos niños, según el modo de relación madre-hijo, se organizan de una forma precoz tipologías particulares de acción y de reacción.

Es también evidente que determinadas afecciones orgánicas de tipo encefalítico o trastornos de tipo epiléptico pueden modificar por su propia acción el modo de comportamiento del niño.

Y. M. J. Chombart de Lauwe aborda el problema del niño inadaptado desde el punto de vista de la psicopatología social, mostrando la importancia que debe otorgarse al cuadro familiar y social, en la inadaptación: población poco favorecida desde el punto de vista económico, inestabilidad de inserción, superficie de la vivienda, regularidad de los horarios de trabajo en cuanto a la ausencia o presencia en el hogar, número de niños y lugar del niño entre los hermanos, etc., que permiten a este autor intentar definir, según estos datos, un umbral de equilibrio o un umbral peligroso desde el punto de vista de la adaptación.

Numerosos trabajos de este tipo han sido actualizados por autores británicos o americanos; una revisión de conjunto excelente ha sido hecha por S. Lebovici, a la cual es interesante referirse.

Los proyectos de estudio del equipo de E. Pavenstedt son particularmente interesantes desde el punto de vista psicológico; su programa no es solamente hacer un análisis de las dificultades presentadas por los niños de familias pertenecientes a una "protocultura" por medio de observaciones repetidas, sino también tomar en cuenta a estas familias desde el punto de vista psicosocial y estudiar las consecuencias de esta situación.

Después de un estudio crítico del aspecto ecológico de la psiquiatría infantil, S. Lebovici deduce que no hay ningún factor que actúe aisladamente y que siempre se encuentra con mayor o menor claridad la existencia de una constelación etiológica causal. Admite que en la dimensión de nuestra práctica, cuando estamos esencialmente enfrentados con las inadaptaciones infantiles, hemos aprendido a contar no solamente con la intimidad de las organizaciones fantasmáticas, sino también con la importancia del factor medio donde se ejerce nuestra acción. Las constelaciones

socioculturales desempeñan entonces el papel de factores mediadores que favorecen sin duda la aparición de estas inadaptaciones o las enmascaran.

D. W. Winnicott considera que cuando se habla de trastornos del carácter nos referimos a un diagnóstico del Yo individual. Los trastornos del carácter se manifiestan en la encrucijada de dos procesos: la formación del Yo y la organización de la independencia. En la etiología de un trastorno del carácter se encuentra siempre, dice este autor, una perturbación de los procesos de maduración debida a un factor externo que el sujeto ha percibido en forma de traumatismo cuando la acción de este factor ha tenido lugar. Según esta teoría, la sociedad está implicada en cada caso de trastornos caracteriales. En efecto, el sujeto afecto de un trastorno del carácter moviliza el medio con la intención (en gran parte inconsciente, pero también consciente) de remediar al acontecimiento que se ha percibido como un traumatismo.

Desde el punto de vista dinámico, no puede oponerse la acción del medio a la de los procesos intrapsíquicos a partir y a través de los cuales se manifiestan los trastornos del carácter.

Como señala A. Freud, en el proceso de socialización se hallan implicados numerosos factores: los arreglos por parte de los padres, las influencias interiores en el plano del desarrollo de las pulsiones del Yo y del Superyo contribuyen a asegurar el resultado final. Los factores externos varían en función de los factores culturales, familiares e individuales, mientras que la evolución del Yo y del Superyo está sujeta a variaciones en el tiempo, a detenciones, a regresiones y a otras vicisitudes del desarrollo. En la línea general del desarrollo existen, en efecto, antinomias profundas reales: oposición entre la plena libertad individual (que implica una actividad pulsional libre) y la sumisión a las reglas sociales (que implica la contención de las pulsiones). Para A. Freud, la dificultad de combinar ambos objetivos es considerada con razón como uno de los mayores obstáculos encontrados en el camino de una socialización apropiada.

En su medio, el niño inadaptado expresa sus problemas a través de una sintomatología variada; según la respuesta que reciba del exterior puede tanto resolverlos como reforzarlos con actitudes defensivas, estructuraciones más o menos rígidas y más o menos reversibles que se establecerán no solamente según la organización propia del niño, sino también en función de la respuesta del medio.

VI. — DELINCUENCIA JUVENIL EN EL MARCO SOCIAL Y FAMILIAR

Siempre presente valorizada en el transcurso de cada generación, la delincuencia juvenil habría podido adquirir un sentido, teóricamente al menos, si se le hubiese definido con claridad no sólo con relación a los actos, sino también con referencia a las motivaciones y a la organización psicológica del niño que los comete. Descrita antiguamente en el cuadro de las entidades reputadas bastante precisas, tales como la imbecilidad moral y el déficit ético, o situada en el marco más general de la degeneración mental, no es menos cierto que la delincuencia juvenil es una noción artificial de carácter jurídico, social y moral.

De manera un tanto lacónica, escribe S. Rubin: "La delincuencia juvenil es lo que la ley dice que es." En efecto, las leyes que definen la delincuencia son distintas en cada país; incluso el carácter delictivo de un acto se aprecia de diferente modo; la

intervención de la justicia depende de la paciencia más o menos grande de la familia y de la sociedad. La apreciación de las infracciones está en función de la benevolencia o severidad del juez; es más, algunos países han suprimido las penas para los menores. La noción misma de delito ha llegado, pues, a ser discutible, no siendo las medidas adoptadas de orden penal, sino educativo o de protección.

Actualmente, la presunción de irresponsabilidad en Francia es solamente relativa entre los 13 y los 18 años; para los menores de 13 a 16 años, la pena disminuirá por el funcionamiento de la "excusa atenuante de minoría de edad", mientras que en los 16 y los 18 años, el menor puede verse privado de esta medida por decisión justificada de jurisdicción.

Incluso la noción moral es muy fluctuante; depende, en cierta medida, de concepciones religiosas o societarias y, en el marco de una sociedad completa, de situaciones y motivaciones. Desde un punto de vista sociológico, la delincuencia se refiere a una norma social y a un equilibrio en el ámbito de un determinado tipo de sociedad. Podrían ser, pues, considerados como delinquentes los que se permiten transgredir las reglas y tabús admitidos por un importante núcleo de la población, y que corresponde a los hábitos y costumbres de la población en que se vive. Ahora bien, estas costumbres son diferentes según las sociedades, y varían en el transcurso del tiempo en un mismo país. También se tiende a admitir que la delincuencia constituye una forma de inadaptación social en un país y en una época determinados. Sin embargo, es necesario tener presente que todos los inadaptados no son delinquentes, y que ciertas adaptaciones pueden responder a modelos patológicos de comportamiento o corresponder, desde un punto de vista psicológico, a una forma de adaptación pasiva, no dinámica.

Viviendo en una realidad social, hemos de tener en cuenta las concepciones jurídicas, morales y sociológicas del país en que vivimos, pero, en tanto que psiquiatras, no nos puede satisfacer la mera comprobación de un acto. Nuestra tarea consiste en comprender las motivaciones del sujeto que lo ha ejecutado y el marco psicosocial en que se ha desenvuelto.

Las tasas de frecuencia de la delincuencia juvenil son elevadas en el mundo entero; este hecho ha sido reconocido por los países anglosajones y europeos a través de las encuestas efectuadas por el Consejo de Europa. Algunos consideran que este aumento coincide sobre todo con los primeros años de las posguerras.

T. C. N. Gibbens llama la atención respecto a cómo la interpretación de las variaciones de las estadísticas relativas a la delincuencia juvenil dependen de un gran número de factores: métodos de investigación, actitud de los tribunales, atribuciones de la policía respecto a la inculpación de los delinquentes, evolución de las ideas sobre la noción de delincuencia, etc. Además, la edad en que se delinque o se cometen conductas afines es diferente según los países, pero parece que allí donde la edad de las responsabilidades legales es avanzada, la máxima frecuencia de delitos se sitúa poco después de tal edad. A menudo se hacen cargo de los niños los servicios de protección de la juventud y no todos son fichados por la policía. Es evidente, por otro lado, que las estadísticas son completamente diferentes si se engloba en el mismo concepto lo que se ha llamado el comportamiento delictivo y la delincuencia juvenil propiamente dicha, habiendo sido objeto de una encuesta o de una persecución. Algunas encuestas hechas en este sentido señalan con mucha frecuencia casos de niños delinquentes que han cometido una o varias infracciones a la ley, sin dar lugar a la intervención de la Justicia.

En Francia y en Gran Bretaña, el incremento de estos últimos años se ha producido especialmente con respecto al grupo de jóvenes de 17 a 21 años.

Es clásico considerar que la delincuencia juvenil es más frecuente entre los chicos que entre las chicas. Pero debe decirse, en relación al acto delictuoso, que el comportamiento delictivo es particular en cada sexo. A. M. Johnson estima que la "delincuencia sociológica" predomina en los muchachos, y que la "delincuencia individual" es común a ambos sexos.

El tipo de acto delictivo se ha modificado en el curso de estos últimos años desde el plano sexual (despertar más precoz de la sexualidad), desde el punto de vista del robo (actividad que goza de muchos adeptos), en el campo de las toxicomanías (cuyo aumento es importante) y por razón de comportamientos particulares en pandillas en busca de aventuras. Parece que haya crecido sobre todo la "delincuencia sin motivo" y las destrucciones gratuitas, cuyos móviles serían más bien "inconformistas" que asociales.

A. - CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA GÉNESIS DE LA DELINCUENCIA JUVENIL

Es imposible comprender el problema de la delincuencia actual si no se tienen en cuenta (como apunta L. Bovet, T. C. N. Gibbens, G. Heuyer, en sus trabajos de conjunto sobre esta materia) los factores sociales, y el ambiente familiar y la organización propia de la personalidad del delincuente.

1.º Factores constitucionales y somáticos

La tesis defendida por C. Lombroso del criminal nato, que tiene un tipo psicopatológico específico (tesis que ha tenido una gran importancia en el desarrollo de la criminología), es puesta actualmente en duda por la mayoría de autores; lo que no quiere decir que la hipótesis de que los factores constitucionales o hereditarios ejercen sobre el carácter una influencia tal que predispone al individuo a la delincuencia sea del todo insostenible (L. Bovet). Este problema cobra de nuevo vigencia a partir del momento que se le va dando importancia a las posibles relaciones entre el triple cromosómico XYY y una cierta disposición a la delincuencia. P. A. Jacobs y cols., han sido los primeros en encontrar, en 1965, 7 casos de aberración cromosómica XYY sobre 197 pacientes retrasados mentales y criminales violentos de gran altura, mientras que sólo hallaron un único XYY sobre 1.925 sujetos tomados al azar. Muchos de los estudios hechos a continuación (M. D. Casey y cols., en 1966; Nielsen, en 1968 y 1969; W. H. Price y P. B. Whatmore, en 1967) parecen confirmar una frecuencia significativamente más elevada de XYY en los criminales que en la población general. Esta frecuencia relativamente elevada se vuelve a encontrar para el síndrome de Klinefelter (J. Nielsen y cols., 1969). De este modo J. Nielsen descubre en sus propias investigaciones (1968, 1969) 7 pacientes XYY sobre 608 criminales observados, es decir, el 1,2%, mientras que la frecuencia en el resto de la población es probablemente entre el 0,05% (W. M. Court Brown) (1968) y el 0,2% (F. Sergovich y cols., 1969); Sergovich (1969) encuentra, sin embargo, una frecuencia del 0,4% entre los recién nacidos. Muchas veces estos estudios, como dice J. Nielsen, no dan posibilidad alguna de calcular el riesgo de criminalidad entre los pacientes que, habiendo tenido un síndrome XYY, no respondan, sin embargo, al tipo descrito inicialmente. R. F. Daly señaló, en 1969, de manera bastante detallada, el caso de 10 individuos

que sufrían esta aberración, contando la infancia de muchos de ellos; se trata de 10 hombres de 182 cm o más, identificados entre los pensionados internos en "hospitales de seguridad máxima", comparados con un grupo de control constituido por enfermos cuyos expedientes de anamnesis psiquiátrica y criminal son comparables a los pacientes XYY; subraya una frecuencia de comportamiento homosexual significativamente más elevada que en los del grupo de control, pero sin una tendencia particular a ciertos tipos de delitos; en 5 casos, los individuos procedían de ambientes muy desfavorables; R. F. Daly concluye diciendo que son necesarios ulteriores estudios para determinar de manera precisa los efectos desfavorables de un cromosoma Y supernumerario.

Como dice G. Heuyer, los recientes descubrimientos en el campo de los cromosomas renuevan las antiguas tesis del criminal nato o constitucional. Pero para este autor no se puede aceptar la fatalidad de la constitución: "la tendencia al acto no implica fatalmente la acción" (Dupré), pero favorece el tránsito al acto según las circunstancias.

J. Money (1971) tras analizar 31 casos publicados y 4 casos personales, constata que la mayoría de los sujetos (28 hombres) se hallaban en instituciones, casi todas ellas penitenciarias en las que fueron visitados por los investigadores citogenetistas; por lo tanto, esta muestra no está constituida por población general; las características en ella observada (impulsividad, aislamiento, atención lábil, problemas sexuales) no son aplicables al conjunto de los individuos XYY hecho importante del que se debe informar a las personas que presentan dicha anomalía cromosómica y están inquietas por ello.

Se puede admitir, no obstante, que las lesiones prenatales o posnatales modificativas del desarrollo infantil pueden consecuentemente engendrar desórdenes afectivocaracterológicos, arrastrando al individuo a cometer actos delictivos a causa de su perturbación, su gran susceptibilidad o por sus reacciones impulsivas. Sin embargo, parece demostrado que la debilidad mental no es un factor importante de delincuencia juvenil, al menos desde el punto de vista estadístico. Numerosos autores han situado la delincuencia paralelamente a la epilepsia o al carácter epileptoide; algunas características, tales como la impulsividad —considerada como bastante típica de esta afección—, pueden igualmente encontrarse en individuos cuya personalidad se ha modificado a consecuencia de un síndrome encefalítico. Se ha hecho hincapié sobre la existencia de anomalías del E. E. G. para demostrar el carácter orgánico de la delincuencia, y se han descrito así modificaciones del E. E. G., incluyéndolas en el cuadro de "la epilepsia diencefálica" o de "la epilepsia temporal". Se ha dado gran importancia a la descripción de E. L. y F. A. Gibbs, de *patterns* de puntos 6-14; algunos autores han sugerido la existencia de una correlación directa entre los tipos de anomalías de E. E. G. y el comportamiento delictivo. S. D. Loomis y otros demuestran cuán contradictorios son los resultados aportados por los diversos autores. El *pattern* de puntos 6-14 no es significativamente más elevado en sus delincuentes que en los sujetos de un grupo comparativo escogido entre una población normal no seleccionada. Por otra parte, ni la observación psiquiátrica ni los tests psicológicos han permitido prever la presencia de esta perturbación eléctrica.

Hay que señalar que W. H. Sheldon ha descrito una tipología particular de delincuentes que no parece por sí misma muy convincente.

2.º Factores sociológicos

Muchos autores consideran que la delincuencia juvenil es el producto de condiciones sociales, y otros llegan incluso a afirmar que el niño delincuente es un niño normal, víctima de causas accidentales externas. Aunque una fórmula tal, en la tradi-

ción de J. J. Rousseau, sea actualmente inaceptable, dado que antes de expresarse las aportaciones exteriores deben ser interiorizadas en una personalidad en evolución, no quiere decir eso, sin embargo, que la importancia de esos factores sociales debe ser minimizada. En su favor se ha hecho constar la frecuencia de la delincuencia juvenil en las zonas urbanas, y su relativa rareza en las zonas rurales; las nocivas consecuencias de orden económico, social y psicológico de la urbanización y de la industrialización que acarrearán una gran complejidad en la vida de los individuos, una segregación de los cuadros y una ambivalencia en la personalización de las actividades y de las responsabilidades. Se ha atribuido igualmente una gran importancia a la movilización de las masas de población por razones económicas, movilización que puede traer consigo modificaciones de las normas de vida y, por consecuencia, una desadaptación social.

Se ha examinado, en ese sentido, el problema planteado por la raza y el origen étnico. En América, en la población negra, la frecuencia de la delincuencia es superior a la que se registra en la población blanca; la débil tasa de delincuencia que aparece en los grupos judío y chino no puede explicarse desde el punto de vista puramente racial, sin tener en cuenta el estado de dependencia en el cual viven muchos de estos individuos, las reivindicaciones que persiguen y la cohesión más o menos grande, tradicional o defensiva, de cada uno de los grupos de que forman parte.

La influencia de la televisión, de la radio, de la prensa y del cine es considerada de capital importancia para muchos autores, mientras que para L. Bovet estos medios de información pueden determinar la forma adoptada para la comisión de un delito, pero no la idea misma del delito. Los psiquiatras soviéticos consideran que la censura, para los jóvenes, de estos medios de información, junto a una formación más positiva para la vida en sociedad, pueden desempeñar un papel muy importante en la prevención de la delincuencia infantil. Según nuestro parecer, estos modos de información visual o audiovisual, ensalzando los actos agresivos y mostrando a menudo la impunidad del acto delictuoso, pueden repercutir en una tendencia a la delincuencia, ya sea en razón de mecanismos de imitación; o sea, también porque dan un carácter de realidad a una parte de nuestra vida fantasmática y una aprobación implícita, o sentida como tal, a la expresión de nuestros instintos; o sea, en fin y sobre todo, según nos parece, porque perturban a los jóvenes el mecanismo de identificación a los padres, ofreciéndoles posibilidades de identificaciones múltiples o contradictorias, y creándoles también imágenes ideales de afirmación que van al encuentro de la organización presente de su Yo y de las exigencias de su Superego en formación.

Los factores socioeconómicos son sin duda muy importantes en la desadaptación juvenil. Como han mostrado muchos sociólogos (En Francia, Y. M. J. Chombart de Lauwe), el problema no se plantea únicamente en el plano de la pobreza o de la insuficiencia de medios económicos. En efecto, en algunos países pobres o en ciertas regiones rurales aisladas, la delincuencia no es más importante que en otros sitios, y cuando se registra se soporta mejor por lo general. Por el contrario, la pobreza sólo influye en las ciudades en la medida en que produce una modificación societaria: promiscuidad y ausencia de vida familiar por falta de lugar o formación de grupos extrafamiliares creadores de una ética diferente de la adulta. Subrayemos, además, que se ha insistido actualmente acerca del importante aumento de la delincuencia en las familias acomodadas — en lo que se ha llamado la “juventud dorada”.

Todos estos factores sociológicos ejercen su acción, sobre todo, por la desorganización que implican desde el punto de vista de la integración comunitaria y los desórdenes que provocan en la cohesión social del grupo en el amplio sentido del término, es decir, de la sociedad.

3.º El ambiente familiar

Es en este microgrupo social, que ofrece por tradición modelos que permiten guardar cierto equilibrio, donde el niño se desarrolla y se forma. Hay quien admite que los niños que viven en un medio social válido están inmunizados contra la delincuencia. En la sociedad moderna el estatuto particular del padre se ha desvalorizado; el padre se ha convertido en una “entidad”, tanto por haber sido desbordado por los problemas económicos y por su estatuto profesional, cuanto por ser condescendiente e, incluso a veces, dar la espalda a los pequeños problemas que le plantean los hijos. Las relaciones entre los hijos y la madre pueden ser perturbadas bien por un absentismo impuesto por las circunstancias económicas (la madre trabaja fuera de casa), bien porque por tradición no se forme a los niños, o bien porque desde la más tierna infancia no reciban muestras de afecto. Sería demasiado fácil describir algunos tipos de madres rechazadoras, demasiado condescendientes o rígidas. De hecho se tiene la impresión que eso importa mucho más respecto a la organización neurótica que al problema de adaptación propiamente dicho. Lo que parece importar más es el aspecto inseguro de la madre: la madre que carece en sí misma de seguridad por carecer de apoyo suficiente del resto de la familia.

T. C. N. Gibbens recuerda que se dice a menudo que las separaciones y los divorcios, actualmente muy frecuentes, traen como consecuencia no tanto la clara repulsa o la frustración, sino más bien una atención —quizá suficiente—, pero dada al niño sin calor por uno solo de los padres; en estos casos, la aportación está desprovista de estímulo o de autoridad eficaces. Los tipos de separaciones familiares son tan diversos y su influencia es tan diferente para cada edad que es imposible generalizar. Este autor, abordando el problema tan controvertido de la influencia del trabajo de la madre en el exterior, admite que es inofensivo para el niño cuando el trabajo se inserta en un horario bien organizado; por el contrario, emprendido de manera impulsiva e incontrolada, puede acarrear un gran sentimiento de inseguridad y de abandono. De otro lado, la mayor independencia de las mujeres puede dar a los padres débiles, cuya moral ha sido sostenida hasta entonces por los esquemas culturales de la superioridad del varón, un sentimiento de desvalorización y contribuir así a un estado crítico o a un aminoramiento del sentido de su responsabilidad paterna. Otro punto sostenido por este autor parece igualmente interesante; se trata del cambio de condición económica de los jóvenes adolescentes. En el Reino Unido, por ejemplo, los *teen agers* ganan el 8,5% del conjunto de salarios. Después de 1938, sus ingresos reales han aumentado en un 50%, y sus gastos discrecionales “reales” probablemente un 100%; de esta forma se crea un verdadero mercado especializado para adolescentes, que tiende a persuadirlos que constituyen un mundo aparte que no es ni el de los niños ni el de los adultos.

A. M. Johnson describe dos categorías de delinquentes: el delincuente individual y el delincuente sociológico. Si este último caso es de una etiología compleja, que puede estar en relación con un abandono o una falta de educación válida, con ejemplos de contagio antisocial, etc., el caso del delincuente individual sería fácilmente comprensible si se hiciera referencia a la inmaduración psíquica de los padres. Se trataría, en el caso de estos niños, de un conflicto intrapsíquico con falta de formación del Superego y en particular de algunos de sus aspectos —social y moral— poco desarrollados en sus mismos padres.

B. — LAS PERSONALIDADES DELICTIVAS

Es evidente que todo lo que acabamos de exponer influye en la organización de la delincuencia, pero la actividad delictiva se manifiesta a través de un individuo cuya personalidad se expresa en o por medio de la delincuencia. Como dice B. Glueck, un factor no podría operar como causa si no se hubiera convertido antes en motivo.

S. Glueck y B. Glueck estiman que no se puede aprehender completamente la delincuencia juvenil desde el ángulo puramente somático, sociocultural o psicoanalítico; es preciso apreciar la dinámica recíproca de estos diversos factores; sus diferentes modalidades de conjunto se aprecian tan a menudo en la génesis y desarrollo de la delincuencia y tan raramente en los no delincuentes que es lógico que estos autores concluyan diciendo que la influencia de estos factores es preponderante. He aquí, como, según ellos, los delincuentes en tanto que grupo se distinguen de los no delincuentes:

- Somáticamente, son individuos mesomorfos, de músculos atléticos.
- Por su temperamento, son activos, sin reposo, impulsivos, extraruidosos, agresivos, destructores, a menudo sádicos; estas características pueden estar más o menos próximas a un tipo de creencia irregular con sus consecuencias fisiológicas.
- Por su actitud, son hostiles, desafiantes, rencorosos, suspicaces, testarudos, imperativos, temerarios, independientes, recalcitrantes, enemigos de toda autoridad.
- Por su psicología, tienen tendencia a la expresión intelectual directa y concreta más que a la simbólica, son poco metódicos para abordar los problemas.
- Con relación al plano sociocultural, más frecuentemente que en el grupo que sirve de referencia, proceden de hogares cuyos miembros tienen una inteligencia relativa o limitada y ofrecen poco afecto, estabilidad, moralidad; sus padres son generalmente incapaces de ser ejemplares y protectores o (según la teoría psicoanalítica) modelos de emulación en la edificación de un Superego lógico, equilibrado y socialmente normal en el momento de la formación de su carácter.

Es posible describir esquemáticamente un tipo de delincuentes, pero un acto delictivo puede ser realizado por personalidades de tipo diverso. Por esta razón un cierto número de autores han descrito muchos tipos de personalidades delincuentes; unos partiendo de las peculiaridades de la actividad delictiva, otros del modo de organización psicosocial del medio donde el niño se desarrolla, y otros, finalmente, utilizando los dos métodos a la vez descriptivo y patogénico.

De este modo, F. Redl distingue entre:

- El individuo sano que se convierte en delincuente como reacción a razones educativas, situaciones inadecuadas o experiencias traumáticas.
- El individuo sano que se hace delincuente en el curso de una crisis que se confunde con la evolución del estado de pubertad.
- El individuo neurótico.
- El individuo con trastornos de los impulsos y una malformación del Yo; este último sería el verdadero delincuente.

L. E. Hewitt y R. L. Jenkins describen algunos tipos de comportamientos cuya asociación es bastante característica:

- Comportamiento social agresivo (crueldad, riñas, desafíos).
- Comportamiento delictivo "socializado" (robo en grupo, hacer novillos, vagabundeo).
- Comportamiento de inhibición (timidez, apatía, irritabilidad).

Además, subrayan tres tipos de medios que pueden tener influencia:

- Situación de rechazo paterno.
- Situación de carencia de educación y contacto con camaradas delincuentes.
- Medio represivo.

Piensen que cada tipo de comportamiento tiene una estrecha correlación con el medio familiar correspondiente.

R. L. Jenkins señala diversas categorías de delincuentes:

- Los delincuentes ocasionales cuya personalidad es esencialmente normal, no teniendo apenas necesidad de ser reeducados.
- La categoría de los pseudosocializados cuya socialización se ha hecho precisamente en el seno del grupo delincuente.
- El grupo de los que tienen perturbaciones de la personalidad, cuyo tipo de comportamiento delictivo está en cierto modo interiorizado.
- El grupo de los asociales, que es el más perturbado; comprende los casos más difíciles de tratar y los que corren el riesgo de convertirse en adultos asociales y psicópatas perversos.

K. Friedlander clasifica los delincuentes juveniles en tres grupos a su vez subdividibles:

El grupo I comprende los individuos de estructura caracterológica antisocial, es decir:

- Carácter meramente antisocial; la delincuencia sólo se manifiesta a partir del período de latencia. Después de la pubertad la delincuencia llega a ser habitual salvo tratamiento apropiado. En este grupo se incluyen los "jóvenes agresivos" de A. Aichhorn y las "jóvenes busconas".
- Carácter menos antisocial pero con gran contribución del ambiente o de descalabros afectivos. Muchos de los delincuentes de este grupo no cometen su primer delito hasta que llegan a la pubertad.
- Carácter ligeramente antisocial con conflicto neurótico que da lugar, a veces, a un síntoma que ya no es neurótico sino de delincuencia. Entran en este grupo los cleptómanos, los pirómanos, los criminales ocasionales y ciertos perversos sexuales.
- Carácter bastante antisocial acompañado de una perturbación neurótica que impelen al sujeto a llevar una vida cotidiana fantasmática. Forma parte de este grupo lo que ha sido descrito bajo el título de "carácter compulsivo" por Reich, "carácter neurótico" por Alexander e "impostor" por A. Aichhorn.

El grupo II comprende los individuos afectados por perturbaciones orgánicas consecutivas o bien perturbaciones tóxicas o similares, o ya sea por un funcionamiento defectuoso de los centros nerviosos.

El grupo III se refiere a los sujetos víctimas de perturbaciones orgánicas del Yo. El Yo es incapaz de distinguir la realidad de la ilusión y no puede controlar las pulsiones intelectuales. La delincuencia va acompañada de otros trastornos de tipo psicótico.

La clasificación de H. S. Lippman es interesante, puesto que trata de diferenciar los diversos tipos de comportamiento disocial:

- El niño disocial, "verdadero delincuente", que toma por norma de comportamiento el placer con poco sentido de la culpabilidad, y su Yo, bastante fuerte para relaciones interpersonales, le permite conducir su delincuencia con lógica, ser eficaz en su comportamiento disocial y ser leal para con su grupo.
- El delincuente neurótico cuya delincuencia puede ser impulsiva o compulsiva; a causa de un Superego fuerte junto a sentimientos de ansiedad y de culpabilidad, la agresión no es clara sino inhibida y frenada. En el análisis de su personalidad se observa una necesidad inconsciente y profunda de ser castigado.
- El niño cuyo comportamiento disocial procede de una desinhibición por razón de enfermedades orgánicas del sistema nervioso o de una psicosis.
- Los delincuentes psicopáticos que se caracterizan por una delincuencia impulsiva o compulsiva con poca inhibición y control y pocos sentimientos de culpabilidad. El Yo es tan débil y desintegrado que resulta alterado por el contacto con la realidad; son incapaces de establecer relaciones interpersonales que tengan alguna significación, manifestando una superficialidad de pensamiento o de juicio y una tendencia a repetir actos a despecho de las experiencias vividas.

La clasificación de H. S. Lippman nos parece una de las más válidas, ya que toma a la vez en cuenta la organización de la personalidad (organización pulsional, organización del Yo y organización del Superego), de comportamiento más o menos socializado, y el componente orgánico o psicogénico de la patogenia del trastorno.

Por otra parte, numerosos autores americanos hacen una separación entre la delincuencia antisocial y la disocial. Otros distinguen entre la delincuencia profesional, cuya personalidad no tiene características patológicas y el delincuente psicótico, neurótico o de origen orgánico. R. Mucchielli denomina a este último "falso delincuente", caracterizándose el verdadero por un Yo fuerte, una buena adaptación a la realidad (a menudo superior a la media normal), una inefectividad que responde a una repulsa hacia los lazos de dependencia, una afirmación de sí mismo que atrae en su provecho todas las motivaciones, y un sistema de valores cuya peculiaridad es el ego-centrismo ético. Aquí no se trata, pues, de anatópatas en el sentido que ha sido definido precedentemente.

El problema de la actuación

Abstracción hecha de los factores caracterológicos o de la organización particular de la personalidad, la actuación concreta plantea problemas en sí misma. Considerada frecuentemente como la consecuencia de un descenso del nivel de conciencia, de una impulsión brusca o de una exutoria, o de una idea fija mantenida durante mucho tiempo, es consecuencia otras veces, como indica A. Hesnard, de un proceso de auto-legitimación, el resultado de un modo de evolución caracterológica cuyo determinismo parece endógeno por obedecer a una fatalidad interna o de una seudomoral de grupo (regla del "gang") que da al individuo la cualidad de ser "regular" con sus cómplices o amigos. Se debe situar siempre al acto en el contexto de la historia personal, en función de la persona en estudio. Como dice D. Lagache, ahí donde la personalidad no influye aparentemente, como sucede en el acto automático determinado por un proceso psicopatológico, muestra, sin embargo, la intervención activa de conflictos interpersonales e intrapersonales. La función específica del acto criminal es actuar fuera del conflicto, por un mecanismo seudomaniaco de huida a la realidad. La conducta criminal aparece como un trastorno aloplástico, en el cual la agresión está dirigida hacia fuera y no hacia dentro, como, por ejemplo, en la conversión histérica. En su evasión de la realidad, el sujeto trata de procurarse una descarga adecuada y de realizarse según las identificaciones tortuosas que han presidido su formación. Las explicaciones unívocas para cada uno de estos actos son demasiado fáciles y no responden a una cierta realidad, como sucedería si se tuviera en cuenta al individuo que las ejecuta, al ambiente y al momento en que este acto ha sido efectuado. D. Lagache ha puesto de manifiesto la paradoja que parece desprenderse del postulado que inspira la concepción dinámica: ahí donde la actividad del agente parece manifiesta, trata de demostrar su pasividad; cuando su pasividad parece inapetable, intenta entonces demostrar su actividad. E. Trillat pone de relieve cuán ambigua es la noción de la actuación. Se sabe que "la actuación consiste en la cura analítica de "conseguir el tránsito", de traducir en unos determinados actos lo que debiera traducirse verbalmente... Esta fórmula resulta aplicable a la actuación sin finalidad curativa" (S. Lebovici). En otro sentido, la actuación es reveladora del deseo o de la fantasía, pero viene a ser al mismo tiempo su negación. El acto, en tanto que fantasía realizada, hace perder a ésta su carácter fantástico, pero a la vez la realidad hecha fantasía pierde su carácter de realidad. Pero la ambigüedad, como sigue diciendo E. Trillat, lleva también en sí el sentido de temporalidad, una ten-

dencia repetitiva; hay una confusión concomitante entre fantasía y realidad, pasado y presente. Desde otro punto de vista, si bien el esquema freudiano del acto perverso es aplicable al tránsito directo en la realidad de la pulsión parcial, no es menos cierto que el acto perverso, responde más frecuentemente a una defensa neurótica contra la angustia de desintegración, de castración o de despersonalización. Concluyendo, el acto puede ser tanto un acto (eventualmente medicolegal) cuanto también una manera de obrar o, lo que es igual, una manera de ser. El acto del desequilibrio, según E. Trillat, es, efectivamente, una actuación que puede responder a la existencia de una inmadurez de estructura biológica o psicológica, con imposibilidad de encontrar la solución de las necesidades o estar en relación con la existencia de conflictos anacrónicos, y una tendencia a reproducir en el presente situaciones antiguas.

La elección del acto plantea también, en sí misma, incógnita; el acto se realiza a veces en función de la necesidad de satisfacer de inmediato deseos largamente diferidos, bajo el señuelo de una elección que no tiene nada que ver con el objeto deseado. Si la elección del objeto puede tener un valor simbólico, puede también responder a la necesidad de realizar un acto de inmediato con la finalidad de convencerse o castigarse, pudiendo relacionarse con circunstancias presentes en una situación dada y tener tan sólo una importancia accesoria en la resolución de un conflicto.

Los factores circunstanciales (G. Heuyer) deben incluirse entre los que tienen influencia en el acto delictivo. Si otros factores son apreciados en su naturaleza intrínseca, los actos circunstanciales se caracterizan, según M. A. Potier, únicamente por referencias a las condiciones de su superveniencia y actuación. Según este autor, estos factores están desprovistos de originalidad específica, interviniendo en un episodio coetáneo del delito e imprimiendo una inflexión decisiva a la resultante de factores anteriormente manifiestos, teniendo sólo interés si permitiesen reconocer con una cierta nitidez correlaciones causales en las consecuencias cronológicas. A nuestro parecer, cabe distinguir los factores circunstanciales de las motivaciones inconscientes, teniendo siempre en cuenta que determinadas circunstancias pueden permitir que tales motivaciones se manifiesten.

C. — LOS TIPOS DE ACTIVIDADES DELICTIVAS

Aquí sólo describiremos esquemáticamente algunos tipos de actividades delictivas, habiendo ya sido descritos los restantes en otro lugar. Nos ocuparemos particularmente de las manifestaciones actuales de estos trastornos, a saber: los atentados a la propiedad, a las personas y a las costumbres. Se dedicará un capítulo especial al problema de las bandas de adolescentes.

I. — ATENTADO A LA PROPIEDAD. EL ROBO

La frecuencia de las faltas contra la propiedad se halla relativamente estacionaria en Francia, comprendiendo cerca del 67% de la totalidad de las infracciones cometidas entre 1951 y 1957; la estadística revela cierto incremento a partir de 1958, probablemente a causa del aumento del número de bandas juveniles (G. Heuyer).

La noción de robo en el niño supone, como indica G. Heuyer, la idea clara de la propiedad así como la del bien y del mal en su referencia familiar y social. Sólo será considerada como tal, según este autor, desde el comienzo de la escolaridad (hacia

los 6 o 7 años), en el momento en que se constituye el sentido social autónomo. Sin embargo, puesto que todo individuo ha robado una vez, más o menos, en su vida, se debe admitir, con J.-P. Lauzel, que es preciso recurrir a un factor cuantitativo, es decir, considerar como niño ladrón al que roba con una cierta permanencia, de modo habitual. Igualmente se podría quizá distinguir entre el robo importante, que remedia los apuros económicos y provoca una molestia a otro, y el simple hurto. Como dice Aristóteles, es importante recordar que "No se es ladrón por el solo hecho de haber robado" (*Ética a Nicómaco*, Libro V).

Los tipos de robos son extremadamente variados: de productos alimenticios, muy frecuentes en el niño normal; de dinero, considerados como los más inquietantes; de objetos que tienen un cierto valor de uso o sin valor real, pero que poseen un carácter fascinante o que permitan satisfacer un deseo de coleccionar; de vehículos o simple apoderamiento provisional seguido de abandono, en los más jóvenes; de la bicicleta o del ciclomotor o automóvil, en los mayores.

El robo es un delito principalmente masculino pero representa, no obstante, un capítulo importante en las estadísticas de los tribunales que se refieren a los adolescentes. Según G. Ulmar, el objeto de robo preferido es el dinero, y el robo de los adolescentes se lleva a cabo la mayoría de las veces individualmente. Hay que considerarlo como un síntoma ampliamente intercambiable, asociándose a otras formas de inadaptación social con o sin carácter de delito, especialmente a la delincuencia sexual y a las fugas.

Los robos pueden tener distinto sentido según sean intrafamiliares o extrafamiliares.

— Los robos en la propia casa se toleran más o menos bien según su género; robo de alimentos o de dinero, por ejemplo. Este último, en particular, puede desencadenar por parte de sus padres bien una cierta perplejidad (no se comprende por qué roba el niño ya que, de hecho, se le ofrece todo), bien una reacción de agresividad, puesto que se trata no sólo de un atentado a su propiedad, sino también de un atentado a su autoridad, o bien un sentimiento de vergüenza por sentirse comprometida toda la familia. Por ello no se suelen denunciar estos robos a las autoridades. Cuando son demasiado frecuentes y van acompañados de otras perturbaciones, deben ser objeto de consulta.

— Los robos extrafamiliares pueden ser de dos tipos: unos se asemejan a los familiares por el hecho de que se producen en un cuadro restringido propicio a ello; son los robos de material escolar o similares, en detrimento de camaradas de clase o de maestros, y (aunque tengan un valor diferente) los robos denominados profesionales (de guardarrropas o pupitres, en los adolescentes de más edad). Otros comprenden los que se realizan en un lugar público (alimenticios, librerías, discos y de vehículos).

J.-P. Lauzel propone una descripción del *desarrollo del robo* tomando como modelo el robo neurótico habitual del niño:

— Un período intercrítico, previo al robo, que se caracteriza por un momento de enervamiento y de ansiedad difusa, concluyendo a la vez con el reconocimiento del objeto a robar y con la elección de la víctima.

— A continuación, el acto del robo, que va acompañado de un estado de tensión que culmina con la ejecución, en cuyo momento una sensación de miedo y soledad desplaza al sentido claro de culpabilidad.

— Finalmente, después del robo la tensión decae, se disuelve, pero en muchos casos el niño no recupera todas sus facultades, se evade; lo robado no se utiliza forzosamente; quizá se devuelva a su propietario, se abandone, se distribuya (tal es el clásico "robo generoso" de G. Heuyer y de J. Dublneau), se oculte o se destruya.

Una vez que el niño sea detenido e interrogado, lo confesará normalmente con un alivio evidente; otras veces razonará de modo simplista, o mentirá, estallando pronto la culpabilidad inhibida durante el robo.

No nos ocuparemos ahora de los factores etiológicos, hereditarios, orgánicos o sociológicos. Nos dedicaremos más bien a presentar la personalidad del niño que roba y las patologías del acto mismo.

Se puede describir esta personalidad con arreglo a la estructura básica: robo en el niño psicótico, en el neurótico, en el psicopático y en el perverso; o bien a través del tipo caracterológico del niño (G. Heuyer y L. Michaux), en función de los nueve tipos que quedaron descritos en otro lugar. Parece difícil, en efecto, describir la personalidad del que roba sin que lo sea el robo mismo realizado por dicha personalidad; de hecho, podría haber sido origen de otros tipos de actos delictivos y no del robo. J. Rich distingue diferentes categorías de robos:

— La "rapiña", robo que se comete cuando se presenta la ocasión, pero que carece de preparación.

— Los "robos de afirmación", cometidos sin intervención ajena con el fin de probar su virilidad o para autoafirmarse; el robo de coches es el que predomina en este grupo.

— Los "delitos de compensación", robos familiares o robos impulsivos o solitarios (que son, por lo común, un sustitutivo de la pérdida de amor o van ligados a un resentimiento producido por traumas afectivos).

— Los "delitos secundarios", cometidos aisladamente o por muchos sujetos del mismo tipo, que tienen ideas muy precisas acerca de lo que puede ser robado, adoptando precauciones para no ser descubiertos.

Tanto en los adolescentes como en los adolescentes descritos por G. Ulmar, se pone de manifiesto, entre las características psicológicas personales, trastornos de la afectividad entre los que predominan los de una mala integración social, a continuación de un abandono, de inmadurez, de infantilismo, y siempre signos de ansiedad y de inseguridad. En el marco familiar, son muy frecuentes por parte de los padres la incomprensión, la intolerancia o el desinterés. Este autor señala asimismo como característica de las jóvenes ladronas el pertenecer a familias numerosas, a medios socioprofesionales poco favorecidos y con malas viviendas, pero hay que señalar que las ladronas que provienen de medios afortunados están la mayor parte protegidas por su familia y escapan a las estadísticas.

J.-P. Lauzel se consagra a estudiar la estrategia general de los robos, la *personalidad del niño en situación de robar*. Según este autor, el robo no es únicamente una apropiación, es también un momento particular en la relación del niño con sus padres, primeros objetos investidos de afecto. Para robar, es preciso que concurren dos personas, la víctima investida, en tanto que sostiene un objeto codiciado, y el ladrón, por definición débil e indefenso. El deseo de apropiarse, de acaparar los objetos que están "a la mano" forma parte de los deseos primordiales del niño. El robo supone inequívocamente un estado de debilidad, una falta, el fracaso de la identificación. Se procura obtener y conservar el objeto significativo del poder del otro "o de su propiedad" para equipararse a él. Si el niño se sintiera verdaderamente igual que su víctima, no experimentaría ninguna necesidad de robar, y podría en cambio dar o recibir. En la perspectiva de un movimiento identificativo se descubre un doble aspecto dinámico del *robo del niño*, siendo a la vez no sólo un intento de apropiación, sino también una confesión de impotencia, una proclamación de independencia e incluso, al mismo tiempo, una demostración de dependencia. El robo en el niño aparece como una actuación más bien por una inadaptación social que anti-

social, como una variedad del Yo, incapaz de afrontar una elaboración mental que resuelva sus conflictos.

Por el contrario, *los robos de la adolescencia* comportan un elenco de múltiples pulsiones intrincadas en muy distintos registros de regresión. Dichos robos son de transición; su técnica se perfecciona, llega a ser más agresiva, la "distancia de la víctima" se acorta, y aumenta su aspecto rentable. Suele ser un medio eficaz para desencadenar la reacción de la colectividad.

Según D. W. Winnicott, el niño que roba un objeto no busca dicho objeto en sí, sino a la madre sobre la cual él tiene derechos. Estos derechos resultan del hecho de que, "desde el punto de vista del niño", la madre ha sido creada por él. Ella ha correspondido a la creatividad primaria del niño y de este modo se ha convertido en el objeto que él pretende encontrar. (El niño no habría podido crear a la madre, pero el significado de la madre para el niño depende además del poder creativo de éste). D. W. Winnicott se pregunta si es posible relacionar estos dos aspectos: el robo y la destrucción, la búsqueda del objeto y lo que la provoca, las compulsiones libidinales y las compulsiones agresivas. Según su parecer, la asociación de los dos se encuentra en el niño y representa una tendencia hacia "la autocuración", la curación de una difusión de los instintos.

El robo, tal como se nos presenta, es al mismo tiempo contestación y sumisión, agresión y flaqueza, satisfacción y castigo. Puede satisfacer a veces el narcisismo del personaje, pero es sobre todo una salida al conflicto que representa, una actuación a la vez sádica y masoquista.

Si en algunos casos el objeto del robo corresponde a una opción simbólica, puede responder, más bien, en otros a una necesidad de apropiación; se elige entonces el objeto en función de la facilidad de su obtención o de la consecuencia de su imitación. A veces, lo que más importa es la escena en que se desarrolla el robo, la vivencia y el sentido psicosocial que adquiere. Por eso muchas veces no se roba por placer sino por la necesidad de experimentarse.

Los robos de un mismo objeto pueden tener significaciones completamente distintas. Así, el robo de coches sólo puede comprenderse por el gran sentido que tiene para el hombre el automóvil en el mundo moderno (G. Heuyer y M. Hijazi). El coche, en efecto, es un exponente material de éxito social y, al mismo tiempo, una máquina que tiene un valor antropomórfico. Traza una barrera entre sus poseedores y los demás; es una coraza que protege. El robo de vehículos podrá tener significaciones diversas, su sentido puede variar según se cometa individualmente o en pandilla.

¿Cuál es la *actitud de los familiares hacia el robo*? Como observan C. Debuyst y J. Joss, el hecho de que un niño traiga a casa objetos cuyo origen resulta desconocido para los padres puede muy bien ser acogido con indiferencia y desentendimiento, o incluso con una secreta complicidad. Pero en cuanto la conducta del niño es denominada *explícitamente* "robo" y esta denominación emana de las autoridades, el resultado es una fuerte reacción emotiva por parte de los familiares. Muy a menudo, el problema se transpone del niño a los padres o incluso a la sociedad. En mayor medida quizá que cualquier otra conducta delictiva, el robo desencadena una inquietud ética en los diferentes medios en que repercuten sus consecuencias. Según dichos autores, es esencial desdramatizar la situación, no interpretando a partir de las repercusiones que provoca en los adultos afectados. Sin duda es importante el hecho de que haya transgresión, pero es secundario con relación al sentido de la conducta, a través de la cual una personalidad se expresa mediante un "lenguaje" cuyo sentido variará según el contexto en el que se inserte y que importa interpretar y comprender.

II. — LOS DELITOS DE VIOLENCIA

Estos delitos parecen haber aumentado en los niños y adolescentes en una gran proporción, tanto en el Reino Unido como en Francia. Según las estadísticas de la educación "vigilada" (entre 1956 y 1966) casi se han duplicado en el caso de los muchachos, mientras que apenas han variado respecto a las muchachas.

La agresión física, para T. C. N. Gibbens, puede resultar de la combinación de una fuerte excitación y de una frustración grave. Si algunas agresiones parecen estar en relación con trastornos orgánicos o son consecuencia de una intoxicación, por ejemplo, el alcohol, los casos más graves, según este autor, son los de adolescentes que sufren una agresividad profundamente arraigada que se remonta a una precoz repulsa paterna que produce una grave frustración. Esta forma de agresividad es susceptible de extenderse a todas las situaciones, de manifestarse con respecto a camaradas y patronos; frecuentemente la hoja penal de los que cometen delitos de violencia comprende, además, los delitos de hurto a la propiedad. Sobre 105 delitos cometidos por 36 psicópatas violentos, observados durante 8 años, 18 solamente eran por agresiones. Inversamente, los de los delincuentes que sólo cometen violencias de poca importancia tienen normalmente un trabajo regular y son, por lo general, estables (T. C. N. Gibbens y cols.).

El homicidio es tratado en el capítulo *Psicopatología de los impulsos agresivos* y el infanticidio en el capítulo *Los niños víctimas de agresión*.

III. — LOS DELITOS SEXUALES

Los estudios hechos en Gran Bretaña muestran cómo los crímenes sexuales constituyen menos del 6% de todos los actos criminales descubiertos por las autoridades represivas durante un año. Los delitos sexuales han aumentado considerablemente en Gran Bretaña desde hace algún tiempo. Por 100 de estos delitos denunciados a la policía en vísperas de guerra, hay 352 en el período posterior a ella. Los atentados al pudor son extremadamente numerosos, tanto en la categoría de delitos heterosexuales como en la de los homosexuales.

Si se estudia la evolución de los delitos sexuales en los jóvenes, se obtiene la impresión de que la violencia de muchachas por muchachos de la misma edad no ha aumentado estos últimos años. Por el contrario, la violación colectiva viene a ser más frecuente. Los juegos sexuales han aumentado numéricamente y la edad aceptada para las relaciones sexuales es más precoz. Esta libertad sexual conduce a veces a una especie de prostitución por la aceptación implícita de regalos. La verdadera prostitución de las menores parecía haber aumentado en el curso de la guerra o de la posguerra, para decrecer a continuación; lo mismo sucedería con la prostitución homosexual.

Sobre la base de 82 casos seleccionados, D. Szabo ha estudiado las características psicosociales de los niños o adolescentes acusados de delitos sexuales antes de los 13 años (14,63%), e infiere que el "máximo" de delitos sexuales se comete entre los 14 y 16 años (76,82%), y que se encuentra un pequeño número de acusados de más de 17 años (8,51%). Este descenso a partir de los 17 años parece obedecer a razones socioculturales. Gracias a la socialización progresiva, los adolescentes aprenden bien a refrenar su instinto sexual después de una primera aventura para evitar consecuencias

funestas, bien a satisfacerlo de modo ilegal y discreto. Las muchachas tienen un papel preponderante en este tipo de delincuencia, mientras que en los delitos de violencia y en la mayor parte de delitos contra la propiedad la proporción de la participación de las jóvenes es mínima.

D. Szabo, estudiando en estos adolescentes los problemas de la identificación, observa a este respecto un claro predominio de la identificación materna en las mujeres (lo que parece ser un elemento positivo en lo que concierne a su personalidad), una gran proporción de ausencia de identificación en aquellos cuya evolución psicosocial es patológica en razón de la carencia completa de vida familiar, u otra gran proporción de identificación materna en los muchachos, la cual no es extraña a los síntomas homosexuales que, de hecho, se dan en gran número de ellos.

Este mismo autor ha intentado destacar el aspecto de la personalidad inherente a los delitos sexuales, y distingue 4 tipos de personalidades:

— Las personalidades armoniosas que no implican ninguna perturbación psíquica grave y cuya vida sexual sólo ha sido sometida a una perturbación pasajera o accidental.

— Los insumisos pasivos que representan graves perturbaciones de la personalidad, que se adhieren a normas morales diferentes de las que consagra la ley, pero que no se encuentran en oposición permanente o prolongada con su familia o con otras autoridades sociales.

— Los insumisos activos que tienen una personalidad gravemente perturbada, que rechazan toda ayuda de su familia o de la sociedad, que se adhieren a unas normas de conducta proscritas por la ley y se integran en subculturas donde tales normas están en vigor.

— El perverso sexual, ya se trate del adolescente homosexual empedernido o del joven que se entrega a la prostitución no tanto para satisfacer necesidades dinerarias como en razón de una inclinación excesiva hacia el libertinaje.

El mencionado autor ha estudiado igualmente la personalidad de las madres de esos niños. Observa que apenas una cuarta parte de ellas tienen una personalidad propia para asegurarles una socialización satisfactoria. Gran número de ellas son autoritarias, los protegen de modo excesivo y se hallan en violenta oposición contra ellos desde el comienzo de su adolescencia.

En la joven adolescente, las relaciones sexuales pueden ser consecuencia de relaciones episódicas, después de una jornada nocturna en la cual la vida sexual forma parte de un esbozo de sociabilidad admitida, o el fruto de una necesidad precoz de experiencias sexuales, o de una necesidad de protección amistosa.

Lo que caracteriza a estos extravíos de la conducta de los jóvenes, que son el objeto de la ayuda social a la infancia, es la precocidad, la repetición, el aspecto espectacular, la diversidad de compañeros. Según J. Noël y cols., que han estudiado estos casos, estas actividades responden: a la reivindicación del derecho a la sexualidad, a un síndrome de abandono, a conflictos del momento (de orden neurótico), a una "adultización" precoz. En el caso de maternidad precoz, la aceptación del embarazo es sorprendente. La gestación representa "un nuevo derecho a la vida adulta y la afirmación de sí, una reivindicación suplementaria", una propiedad absoluta sin existencia propia, sin porvenir distinto de ella misma, un objeto de valoración narcisista.

La prostitución

Es difícil llegar a una definición precisa de la prostitución. He aquí la que ha dado J. G. Mancini: "La prostitución es el hecho de que una mujer practique a cambio de una retribución, libremente y sin violencia, cuando no disponga de otro medio de existencia, relaciones sexuales habituales, constantes y repetidas con

cualquiera que lo solicite y a la primera petición, sin elegir ni rehusar su pareja, teniendo por objeto esencial el lucro y no el placer."

Hasta 1958, en Francia, las prostitutas de 18 a 21 años eran consideradas por lo común como prostitutas mayores. Después de la Ordenanza de 28 de diciembre de 1958, las prostitutas de 18 a 21 años pertenecen a la jurisdicción del juez de niños. Las prostitutas de menos de 18 años siguen el curso habitual del Tribunal para niños.

Con los resultados obtenidos del examen de 100 prostitutas menores en el centro de observación de Chevilly-Larue, P. le Moal se ha dedicado a estudiar los problemas sociales, psicológicos y psiquiátricos que presentan estas menores. Desde un punto de vista estadístico, un 94% se habían iniciado en la prostitución antes de los 18 años de edad, la más joven a los 13 y medio. En un 7% de los casos, existe una coincidencia entre las primeras relaciones sexuales y el comienzo de la prostitución. En el 60% de los casos, bien por un afecto eroticosentimental, o ya sea por temor, dependen de un rufián. El medio familiar de procedencia está o bien disuelto en el origen (23% de casos) por abandono paterno o materno, o bien desunido (un 55%). Sólo en un 10% pertenecían a hogares normales. Aunque este autor ponga de relieve tales características, sin embargo, no son diferentes de las de un grupo, por ejemplo, de vagabundos. El nivel intelectual de estas prostitutas es, en casi un 65% de los casos, medio; sólo un 6% son auténticamente débiles con respecto al 35% de los sujetos poco dotados.

Aunque, por muchas causas, el número de las prostitutas mayores ha disminuido, por contra son más las menores que se entregan a la prostitución profesional y se observa un descenso en la edad de comienzo. Por otra parte, se piensa que la prostitución homosexual masculina está en claro aumento. Según M. Sacott (1971), los factores que influyeron en la regresión de la prostitución de las mayores no influyeron de la misma manera para las menores. Por una parte, la instauración de una mayor libertad de costumbres no les privó de su clientela tradicional, que se recluta mayormente entre los hombres mayores que entre los jóvenes; por otra parte, intervino asimismo un elemento de gran importancia: el aumento considerable de las posibilidades de reclutamiento de jóvenes profesionales, debida en parte a determinada ampliación de la prostitución no profesional y a las dimensiones adoptadas en el momento actual por el vagabundeo de las menores. Según dicho autor, se observan jóvenes que, habiendo conocido en el transcurso de su experiencia una promiscuidad que les llevó a tener relaciones sexuales al azar de encuentros, llegan a habituarse a tal práctica y tratan de sacarle provecho. Al comienzo, consideran esto la mayoría de las veces como un remedio para salir del paso, hasta que la costumbre y una facilidad de vida llegan a sustituir el romanticismo del vagabundeo. Por otra parte, el uso de estupefacientes, al crear necesidades imperiosas de dinero, puede abrir la vía a una prostitución especial de circunstancias no deseada pero aceptada a fin de cuentas por los que se entregan a ella.

Se plantea otro problema, el del *porvenir de los hijos de prostitutas*, que constituyó el objeto de las jornadas de estudios de la A. N. R. S. en 1969. De hecho, se conoce mal este problema, pero los que se ocuparon de él consideran que hay que ayudar a la madre antes del nacimiento a tomar conciencia de su próxima situación con el niño, a fin de que la decisión a tomar no esté solamente en función de lo que ella será tal vez o seguramente capaz de hacer un día, sino también de lo que vive hoy en su situación de mujer prostituida. En el momento del nacimiento, se hallará frente a dos alternativas: guardar al niño con las consecuencias que esto implica o consentir en una adopción. Muchas veces se presiona a la joven madre para que

guarde a su hijo con unas actitudes coercitivas que no hacen más que agravar el sentimiento de culpabilidad que entraña frecuentemente un abandono posterior. En la medida en que la madre o la familia si existe pueden asegurar un maximum de seguridad al niño, no hay ninguna razón para incitar a la adopción. Si se queda con su hijo, puede ser una buena madre, con los riesgos de su situación marginal. Si bien es cierto que estas madres son muchas veces capaces de pagar una cuidadora, el salario de fregonas que tendrán el día en que quieran abandonar la prostitución no les permitirá continuar pagando los gastos de la pensión; además, es posible una deterioración tanto al nivel del hijo como de la madre, incluso de la pareja que asegura la subsistencia. Un equipo pluridisciplinario de trabajadores sociales sería capaz de prevenir a veces estos conflictos. Cuando el niño alcance los seis años se planteará el problema de la recuperación del niño por su familia o por su madre; es entonces cuando se descubren niños moral y realmente abandonados desde años atrás. Aunque la familia o la madre recupere al niño, ni una ni otra están preparadas para recibirlo la mayoría de las veces. En realidad, son pocas las cosas que conocemos sobre la evolución de estos niños.

IV. — OTROS TIPOS DE ACTIVIDADES DELICTIVAS

1.º Fuga y vagabundeo

En el cuadro de la inadaptación infantil o juvenil el abandono del domicilio es relativamente frecuente. Este trastorno parece ser un fenómeno social que predomina en el curso o después de las guerras y revoluciones. Más frecuentes en los varones que en las hembras, la fuga o el vagabundeo puede ir acompañado de actividades delictivas: infracción a la policía de ferrocarriles, robo de vehículos, violación de domicilio, aventuras sexuales de tipo homosexual en los muchachos, prostitución episódica en las chicas. Este tipo de actividad sobreviene, sobre todo, en el período prepubertario o pubertario, o se produce más tardíamente pero en individuos que formen parte de bandas.

El número de fugas parece ir en aumento. Así, en la región parisina, las fugas de menores archivadas en los servicios policiales pasaron de 3.046 en 1957 a 9.739 en 1968.

Algunos autores consideran que es difícil hacer una distinción entre noción de fuga y la de vagabundeo. Si bien es verdad que la fuga puede terminar en vagabundeo después del episodio mismo o en el curso de varias reincidencias y que, a veces, la fuga es una tentativa de vagabundeo que ha fracasado, no es menos cierto, como afirma G. Robin, que puede considerarse la fuga como una crisis, mientras que el vagabundeo es un fenómeno que tiene continuidad en el tiempo. Cualquier cosa que sea, no es un problema de duración el que puede permitir distinguir entre fuga y vagabundeo. Por esta razón estos dos fenómenos son frecuentemente confundidos.

Se han descrito un cierto número de rasgos clínicos y psicopatológicos del niño que huye o vagabundea. Algunos lo estiman en relación al nivel de conciencia en sede, sobre todo, de la comicialidad posible en diversos tipos de síndromes de automatismos ambulatorios; otros, con arreglo al nivel intelectual, pensando que estas manifestaciones responden a desórdenes del discernimiento, a un retraso real o pedagógico; por fin, otros contemplan modificaciones del instinto tales como se manifiestan en cierto síndromes postencefálicos.

La mayoría de los autores franceses han descrito al niño fugitivo y vagabundo en función de características psicológicas prevalentes, a saber: la inestabilidad, la hiperemotividad, la mitomanía migratoria, la esquizoide, la ambulomanía autista de Yasmadjan.

Los autores de lengua alemana tienden más bien a incluir a estos sujetos en el cuadro de las personalidades psicopáticas con labilidad afectiva. En este apartado entrarían, además, las dos formas de fugitivos perversos de G. Néron: la fuga que satisface las tendencias perversas o el que huye para escapar del castigo.

Según M. Tramer, deben buscarse las causas del vagabundeo en factores psíquicos propios de la juventud; son, de modo particular la exageración de la inestabilidad afectiva, la inquietud, la inestabilidad interna, los impulsos de autonomía, aventura o libertad, y la tendencia a liberarse de las trabas; a los cuales debería añadirse un componente atávico proveniente desde tiempos remotos del nomadismo surgido del instinto colectivo. Se ha demostrado que el vagabundeo es mucho más frecuente en períodos de gran trastorno social; se ha demostrado igualmente (G. Heuyer y J. Chazal) que las bandas insociales de niños existen en los grupos sociales más organizados e incluso que han germinado en ciertos tipos de familias sólidas que han creado un buen hogar, pero cuyo ambiente natural haya sido la calle. Sin embargo, hay autores que insisten en la importancia que hay que atribuir al ambiente familiar y, en particular, a la disociación paterna, la pérdida de alguno de los padres, al abandono, la separación o el divorcio. Otros autores se han dedicado a mostrar el papel que desempeñan en el niño los frecuentes cambios de ambiente. En 1928, G. Néron admitía que sólo un 20% de las fugas y vagabundeos vistos en el Tribunal de menores se debían a la acción única del factor social; sin embargo, observa en 1945 un número apreciable de fugas entre los hijos de prisioneros de guerra. En un estudio reciente, C. Col subraya que las familias en la mitad de los casos están disociadas y que una fracción importante de estas fugas obedecen a empleos precoces y repetidos; más que las condiciones socioeconómicas de la familia, son estos factores los que parecen tener mayor importancia.

Si es evidente que el atraso intelectual puede inducir al individuo a huir lejos de su familia en algunas ocasiones (fugas impulsivas, vanidosas o de desarrollo), y que los grandes síndromes psiquiátricos puedan igualmente ser la causa de la huida del medio familiar, no parece que la proporción de este tipo de sujetos sea importante en relación al conjunto de los casos de fugitivos estudiados. Sin embargo, es cierto que se halla, si no un verdadero déficit intelectual, sí al menos un notable retraso escolar en gran número de casos.

C. Col, en un estudio comparativo del desarrollo de 100 niños fugitivos y de 100 inadaptados no fugitivos, pone de relieve que los primeros han presentado con mayor frecuencia dificultades alimenticias, retraso en saber andar y hablar y una penosa adquisición del dominio esfinteriano, que han sufrido también graves quimeras y fabulaciones, tendencias mitomaniacas en una proporción notable de casos, que se hallan, además, en ellos fuertes tendencias agresivas mal controladas, dirigidas mucho más hacia lo que les rodea que hacia ellos mismos y, en suma, reacciones depresivas con sentimientos de abandono. Por el contrario, la impulsividad, la inestabilidad, la sugestión son frecuentes pero no más que en el grupo de referencia. Desde un punto de vista somático, este autor pone de manifiesto un porcentaje elevado de epilépticos; un 10% de los casos; esta cifra nos parece mucho más elevada que las obtenidas por otros autores.

Si se estudia la *personalidad del que huye* o el *contexto sociológico* en el que se ha desarrollado, se observan datos ya encontrados en otros tipos de afección. Sería,

pues, interesante estudiar las razones de la fuga en un contexto dado y el sentido que se puede dar al acto propiamente dicho. Si el acto es explicable en el marco de una personalidad dada, no define, en cambio, la personalidad en sí misma, aunque exprese en razón a su ejecución una necesidad que le es propia; la fuga no puede ser definida en relación al acto, que puede ser realizado por diversas personalidades, ni en relación a un tipo de personalidad, puesto que este mismo tipo puede no ir acompañado de fuga. No puede ser comprendido en función del desplazamiento sino en función de la huida. D. Lagache admite que la fuga puede tener diversos sentidos: huida de su ambiente, liberación hacia lo nuevo, lo desconocido o huida de sí mismo.

La fuga puede ser un modo de resolver un estado de tensión penosa de una manera tácita; puede presentarse, según O. Fenichel, como "una reacción de defensa del Yo débil contra un peligro imaginario o real que amenaza la unidad de la personalidad e intenta alcanzar su seguridad. Se trata de un modo de conducta a través del cual el fugitivo intenta disminuir una tensión psíquica angustiosa provocada por una situación conflictual que no se siente capaz de dominar".

Hay un amplio elenco de formas de fuga que se extiende desde la pulsión muy primitiva, emocional, a causa de un miedo brusco que sólo encuentra solución por medio de un distanciamiento inmediato (fuga a menudo no preparada), a la fuga controlada, organizada, que busca en la disociación una cierta complacencia. Encontramos, así, formas de fuga muy diferentes, como la del niño que se va por temor a mostrar su cartilla escolar, a causa de un sentimiento de falta; la del que sufre fobia escolar; la del que encuentra así el medio de salir de un estado de perplejidad después de cualquier acto; la que supone un mecanismo de reafirmación y de socialización por imitación (fuga colectiva, por ejemplo); la que es una especie de llamada (el niño desea hacerse notar mediante su ausencia); la que resulta una forma de agresión más o menos controlada; la equivalente a un suicidio que sobreviene, a veces, a un estado depresivo, etc.

Como decíamos al comienzo de este capítulo, es interesante distinguir la noción de fuga de la de vagabundeo; pero creemos, con F. Accornero y R. Mayer, que la opción por uno de los dos síntomas está estrechamente ligada a los mecanismos de factores tales como la edad, la duración y el tipo de estímulo, la personalidad o la corriente ideológica del momento.

En su estudio, C. Col distingue dos grupos entre 100 fugitivos inveterados y recalcitrantemente inadaptados: un primer grupo en donde domina la frecuencia muy especial de disociaciones familiares, de graves perturbaciones maternas y la precocidad y multiplicidad de emplazamientos. Las fugas se producen desde la edad escolar; parecen ser la consecuencia tardía de la carencia de madre. Y un segundo grupo en que las perturbaciones familiares se acusan menos, pero donde el rol de los problemas de la pubertad y de la integración en pandillas parecen más grandes. Las fugas, en este grupo, sólo comienzan a partir de la adolescencia.

A nuestro parecer, sin contraponer de modo categórico fuga y vagabundeo, creemos que es conveniente distinguir dos tipos de abandono de domicilio. Uno, que llamaremos esquemáticamente fuga, se caracteriza por una reacción de la personalidad frente a problemas no resueltos, que sólo encuentran solución en la huida sin obtener, sin embargo, satisfacción; otro, que llamaremos vagabundeo más organizado, se presenta como una ruptura de lazos no satisfactorios en razón a una falta de calor familiar, de una impresión de sujeción mal soportada, de la busca de una especie de libertad en el nomadismo y vida errante o de una nueva forma de socialización representada por las pandillas. Los sujetos que forman parte de estos grupos, por

imitación y sugestión, a menudo faltos de afecto, sólo encuentran en estas huidas satisfacciones efímeras, mientras que otros pueden hallar cierta complacencia en ese nuevo modo de vida (véase *Pandillas de adolescentes*).

Sólo teniendo en cuenta estos hechos se podría tratar al niño fugitivo de sus dificultades, y al niño vagabundo en el cuadro psicosocial donde cree haber encontrado una solución.

2.º Las toxicomanías y la personalidad del toxicómano

Hasta una época reciente la toxicomanía era una afección del adulto, pero actualmente ha llegado a ser muy frecuente entre los adolescentes, planteando así problemas psicosociales de masa.

Bajo la denominación de *toxicomanía* o de *dependencia respecto a las drogas* se describe "un estado psíquico y algunas veces igualmente físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, y que se caracteriza por modificaciones de la conducta y por otras reacciones que comprenden siempre un deseo invencible de tomar la droga continua o periódicamente a fin de experimentar de nuevo sus efectos psíquicos y evitar algunas veces el malestar de la privación. Este estado puede ir o no acompañada de tolerancia. Un mismo individuo puede depender de varias drogas" (Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra). En este contexto, la "dependencia" es un término de alcance general aplicable a todas las clases de empleos abusivos de drogas; no prejuzga en absoluto la amplitud del riesgo que resulta de estos abusos para la salud pública, ni la naturaleza del control eventual a considerar. Sus características varían según las drogas; la indicación precisará en cada caso la clase especial de la que se trata: dependencia de tipo morfinico, cocaínico, cannábico, barbitúrico-alcohol, amfetamínico, alucinógeno, etc.

El término *droga* reviste múltiples significaciones. H. Solms (1972) propone la definición siguiente: sustancia psicótropa de origen natural o industrial, con o sin aplicación terapéutica, pero de la que se hace un empleo inmoderado (o un simple uso) con una finalidad no médica. Esta definición se basa en la *función* que la sustancia psicótropa en cuestión ejerce en una situación dada, es decir sobre las clases de interacciones entre la droga y el sujeto, y entre la droga y el medio ambiente. El efecto de una droga no depende exclusivamente de sus propiedades psicofarmacológicas, de la dosis, del modo de administración, de la frecuencia del uso, sino también de las reacciones individuales, de las estructuras psíquicas del sujeto, de sus experiencias psicotóxicas previas, de su espera, del estado de salud en que se encuentra en el momento de la toma, del entorno en que se sitúa, etc.

Estas drogas producen un apaciguamiento o un desvanecimiento pasajero y pueden conducir a un estado de "dependencia", a los "paraísos artificiales" (Baudelaire) creados por ellos y los "milagros miserables" (Henri Michaux) hechos por ellos y a los cuales desembocan pronto o tarde. Fuente de beatitud o de ilusiones, someten al hombre a satisfacciones de las que no es creador y de las que no conserva el entero dominio. Se debe decir que si, a veces, una droga determinada es escogida en ocasión de circunstancias fortuitas, puede también por las mismas razones pasarse de una toxicomanía relativamente anodina y sin dependencia real a otra toxicomanía que conduce a la esclavitud.

Es difícil establecer una clasificación de las drogas empleadas por los jóvenes. Aun de forma artificial distinguiremos, según el efecto psicoactivo buscado por el individuo, tres grupos:

— *Drogas “mágicas”*, capaces de infundir formas de embriaguez especial, caracterizadas por estados de onirismo y éxtasis, acarreando “experiencias” nuevas de los órganos de los sentidos y del cuerpo, ilusiones y alucinaciones, estados de desrealización y despersonalización, “viajes” fuera del tiempo y del espacio con extinción de la realidad cotidiana: cannabis, LSD, mescalina, psilocibina, nuez moscada, etc.

— *Drogas psicoestimulantes* ocasionantes de una disminución de la fatiga, un acrecentamiento de la energía y de la actividad, una excitación eufórica, tales como las amfetaminas, los derivados de la coca (cocaína), las hojas del khat, etc.

— *Drogas disminuidoras del estado de tensión o de sufrimiento*, causantes de un estado de sosiego o de dicha, un grado de euforia variable, el olvido y el sueño. Entran en este cuadro los “estupefacientes” tradicionales (el opio y los opiáceos, la morfina y sus sucedáneos sintéticos, la heroína, etc.), los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, los analgésicos, los tranquilizantes y, cómo no, el alcohol.

Aparte esta clasificación, mencionamos de paso un grupo muy heterogéneo de productos raramente utilizados por los jóvenes y cuya acción esencial se sitúa en otro dominio, productos que sólo tienen accesoriamente y a título de efectos secundarios una acción sobre el psiquismo: determinados antibélicos, determinados medicamentos contra el mareo, determinados antiasmáticos, determinados antihistamínicos, determinados antiparkinsonianos y determinados productos industriales (disolventes, volátiles, contenidos en la cola para modelos plásticos reducidos, en el esmalte para uñas, en productos de mantenimiento, etc.).

Esta enumeración es incompleta. Las sustancias utilizadas por los jóvenes son incuantificables e insospechadas. Un medicamento benigno o producto industrial se transforma, a veces por medios caseros o en combinación con otra sustancia, en una nueva droga. Muchos adolescentes ya desconocen incluso lo que se administraron, tanto en calidad como en cantidad. El médico se halla frente a un mundo de una rara imprecisión farmacológica. Existe incluso una “farmacología paralela”, realizada en laboratorios clandestinos donde se inventan nuevas drogas.

Es difícil clasificar a las drogas según el peligro que su abuso es susceptible de acarrear, pues los criterios que hay que tomar en consideración (factores psicológicos, conductistas, somáticos, farmacológicos, modos de administración, dosis, factores sociológicos, ideológicos, etc.) son tan diversos que no entrarán nunca en una sola clasificación.

Las características que diferencian el actual consumo de drogas de las toxicomanías clásicas son las siguientes:

1. *La temprana edad de los sujetos* con una clara preponderancia por parte del sexo masculino; sin embargo, esta diferencia entre los sexos está disminuyendo. La atracción hacia la experimentación psicotóxica comienza en América del Norte ya al nivel de la escuela primaria, en Europa hacia los 12-13 años, alcanzando el maximum alrededor de los 19-20 años; disminuye luego, mientras que la proporción de los consumidores de alcohol y de tabaco continúa aumentando progresivamente.

2. *La extremada variedad de los productos psicoactivos utilizados*, la incesante actividad de “investigación”, llevada a cabo por los jóvenes y que explica el rápido paso de una droga a otra y, en determinados casos, la *escalada* de las drogas “ligeras” a las drogas “fuertes”. No constituye, sin embargo, un proceso obligatorio; sólo se observa por lo demás en una minoría de adictos. El riesgo de intensificación aumenta con la existencia de un importante sufrimiento psíquico en el individuo y los estrechos contactos con el mundo de la droga y su tráfico.

3. *El carácter, muchas veces discontinuo, a veces explosivo pero también repetido, del uso de productos de cualquier procedencia, el uso múltiple* por pasos suce-

sivos de una droga a otra o por asociaciones (mezcla) variadas, según los individuos, el contexto subcultural y la disponibilidad del “mercado”, pudiendo conducir este consumo polítopo a la *politoxicomanía*. La droga se administra por diversos conductos: por vía oral (comprimidos, polvo, líquido, humo), tomas nasales, por supositorios, o mediante inyección: intramuscular, intravenosa (“fija”) en el antebrazo o bajo la lengua. El recurso a la administración intravenosa de la heroína, opio, morfina y psicoestimulantes puede acarrear muy pronto una asiduidad psíquica y física especialmente grave con deterioración e inhabilitación socioprofesional, comparable a las toxicomanías tradicionales; pero el problema es más grave a causa del riesgo de una rápida evolución hacia el vagabundeo precoz. La vía intravenosa puede acarrear otras complicaciones que le son propias: locales (absceso, periflebitis) o generales de origen infeccioso (absceso del pulmón, endocarditis, hepatitis vírica o aerembolismos). El múltiple uso de las drogas impresiona por la complejidad de los problemas psicosociales que plantea, pero no hay que perder de vista que la mayoría de los jóvenes consumidores sólo utilizan el cannabis.

4. En otro tiempo, el abuso del cannabis y de los opiáceos (en las regiones orientales y en los ghets industriales de América del Norte) estuvo a menudo unida a la miseria física, a la subalimentación y a la inseguridad provocada por la miseria. Hoy día, por contra, el *uso colectivo de sustancias psicotóxicas en los jóvenes aparece en las sociedades opulentas* y especialmente en los países que, bajo un régimen liberal, atraviesan una potente expansión económica.

Estos datos transforman los procesos de intoxicación clásica:

1. *La práctica del “flash” o “rush”*: la inyección intravenosa destinada a provocar una verdadera explosión interior de sensaciones violentas de un placer orgasmático (“planeta”), vivido como superior al placer del orgasmo sexual, este paseo solitario, que nos introduce en el corazón del problema: la búsqueda del riesgo, el juego con la locura y la muerte. La sobredosis es responsable de los casos de fallecimiento repentino que se producen por millares hoy en día.

2. *La agravación de los desequilibrios emotivos* por los alucinógenos, los psicoestimulantes y otros productos e incluso la aparición de trastornos mentales provocados (embriagueces alucinógenas sobrepasadas, farmacopsicosis o revelados por las intoxicaciones de moda).

3. En los casos graves, se observa *el desarrollo precoz de un estado deficitario* especial, tanto físico como psíquico, caracterizado por la pasividad y la indiferencia general (“síndrome amotivacional” según los autores americanos), con riesgo de determinar un vagabundeo.

4. Hay que observar aún otro nuevo fenómeno que podríamos denominar “*la intoxicación familiar*” (R. G. Smart y cols., 1971): la importancia de la toma de drogas por los niños cuyos padres acusan un empleo considerable de medicamentos psicótopos.

Describiremos sucesivamente la sintomatología de determinado número de toxicomanías actuales.

Los psicoestimulantes (las anfetaminas y sus sucedáneos). — Entre las más antiguas citaremos la toxicomanía con anfetaminas. Utilizadas al principio sobre todo por estudiantes durante los exámenes, el uso de esta droga se convierte rápidamente en una costumbre; permite aumentar la capacidad de trabajo, teniendo al sujeto en vilo. La absorción puede ser episódica o permanente durante algunas semanas, suspendiéndola el sujeto ulteriormente. Aunque esta medicación constituye una ayuda para algunos y permite un doping transitorio sin consecuencias nefastas ulteriores,

en otros puede producir modificaciones del carácter con irritabilidad o desencadenar incluso a veces síndromes confusionales o excitomotores. Este hábito puede ir a la par (a consecuencia del insomnio que acarrea) con la toma de fármacos hipnóticos, especialmente barbitúricos. Así, el sujeto toma medicamentos para despertarse e hipnóticos para dormir, descubriendo la acción antiansiógena de los barbitúricos. El uso de los psicoestimulantes por los jóvenes en U. S. A. fue al principio en forma de comprimidos, siendo administrados más tarde por vía intravenosa ("speed"). Esta reciente forma de intoxicación arrancó en parte del movimiento hippie en San Francisco para alcanzar Suecia, Inglaterra y finalmente los otros países del occidente europeo. Por esta vía, las anfetaminas y la fenmetrazina producen, al lado de una sintomatología simpaticomimética intensa, una hiperexcitabilidad con estado confusionalucinatorio y conducta de tipo paranoide. También se las asocia a otras drogas, principalmente a los somníferos, a los alucinógenos y a la heroína. Contrariamente al abuso peroral de los psicoestimulantes que no engendra más que una dependencia psíquica, la administración intravenosa puede inducir rápidamente un estado de verdadera asiduidad con dependencia física capaz de ocasionar inhabilitación psíquica y socioprofesional como en el caso de las "drogas fuertes". En la intoxicación aguda, el sujeto puede presentar un colapso cardiovascular con estado comatoso capaz de conducir rápidamente a la muerte.

Acercándose a la metanfetamina y emparentado con la mescalina, tenemos asimismo el producto sintético STP ("serenity, tranquility, peace"), también denominado DOM, DMA o "super-carburante", que desencadena reacciones violentas del mismo orden que las resultantes de la absorción de alucinógenos y anfetaminas.

El cáñamo indio (*Cannabis indica*). — Las hojas, las cumbres florecidas, la resina secretada por los pelos glandulares y los tallos de la planta hembra son utilizados de múltiples maneras para preparar un tabaco (fumado en cigarrillos denominados "junturas" o en pipas con el apelativo de "chiloms"), para incorporar el producto a golosinas, para utilizarlo en forma de maceraciones acuosas bebibles o incluso para mezclar el producto seco con jarabes, alcohol, opio. Un comité de expertos de la OMS (1969) propone denominar los preparados de hojas y cumbres florecidas *marihuana*, los preparados solamente de cumbres florecidas *ganja* y los preparados a base de resina *haschich*. Hay al menos 350 nombres para designar estos productos. La marihuana es denominada *maconha* en el Brasil, *kif* en Marruecos, *dagga* en África del Sur y *bhang* en la India; y el *haschich*, *charas* en la India. Más comúnmente, el tabaco recibe el nombre de "hierba", "chira", "H" y "mierda" (a causa de su olor nauseabundo).

Recientemente se obtuvieron progresos en materia de química y determinación de los cannabinoides (G. G. Nahas, 1973). Los constituyentes químicos del cannabis son muy complejos. Entre los cinco cannabinoides biológicamente importantes, la sustancia más activa parece ser el trans-delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC). Todos los efectos del haschich fumado pudieron ser reproducidos por la ingestión oral de THC. Los THC se metabolizan en el hígado; existe una circulación enterohepática. Los metabolitos de los THC se eliminan muy lentamente puesto que permanecen alrededor de 8 días en el cuerpo. Se cree que la concentración de THC es del 1% en la marihuana, del 3% en la ganja y de 5% en el haschich.

Los efectos del cannabis fueron descritos por los literatos Th. Gauthier, Baudelaire, Gérard de Nerval y H. Michaux. En 1845, Moreau de Tours da una descripción psiquiátrica exhaustiva que le permite formular su concepción del estado primordial delirante.

Es poco lo que hay que añadir a la descripción de Moreau de Tours: trastornos neurológicos y neurovegetativos (trastornos neuromusculares, secretores, respiratorios; excitación genésica con pequeñas dosis, anafrodisiaca con dosis fuertes), sentimiento de felicidad, euforia, excitación y disociación de las ideas, errores sobre el tiempo y el espacio, desarrollo de la sensibilidad acústica, ideas fijas, convicciones delirantes, trastornos emotivos, impulsos irresistibles ilusiones, alucinaciones.

El uso ocasional de muy pequeñas dosis de cannabis resulta trivial en la mayoría de los casos; ahora bien, si se fuman dosis moderadas de extractos de cannabis conteniendo de 5 a 10 mg. de THC, se pueden trastornar de manera importante las funciones motoras y mentales (G. G. Nahas) y entorpecer la conducción de un coche. Si se fuman dosis de 15 mg. de THC, se puede provocar una verdadera reacción alucinógena con distorsiones perceptivas, alucinaciones, fenómenos de despersonalización y de desrealización. El cannabis administrado por inhalación es tres veces más

activo que por vía oral. Por consiguiente, el cannabis no es tan anodino como algunos quisieron hacerlo creer. El cannabismo puede desencadenar realmente estados confusionales, estados de agitación agudos y alucinatorios. En las personas que consumen cotidianamente cannabis aparece una tolerancia fisiológica y psicológica de la droga que les obliga a aumentar las dosis y que les puede llevar a tomar finalmente drogas más fuertes. Aunque no se ha podido comprobar riesgo de real dependencia física, se observa sin embargo en los fumadores regulares una clara dependencia psicológica respecto del cáñamo. Además, los fumadores regulares de importantes dosis de haschich pueden presentar estados de embotamiento o de indiferencia con debilitamiento de la memoria y episodios confusionales o incluso cuadros de tipo esquizofrénico. Por otra parte, la marihuana constituye el primer paso hacia la búsqueda de los paraísos artificiales y deja la puerta abierta a otras intoxicaciones. Finalmente, hay que señalar que algunos traficantes parece que adulteran el cáñamo mezclándolo con drogas "fuertes".

Los opiáceos (la heroínomanía). — La heroínomanía fue con la morfomanía y la cocainomanía la intoxicación clásica de los adultos. La primera, considerada erróneamente como más euforizante que la morfina, se ha convertido en una intoxicación a gran escala en los adolescentes y suele conducir al abuso de otros tóxicos. Es la toxicomanía más grave de los adolescentes. La heroína ("tigre" o "caballo"), excepcionalmente vendida en estado puro, se utiliza en polvo mediante toma nasal (raramente), en pastillas (píldoras rojas) o más frecuentemente en solución por vía parenteral (subcutánea, intramuscular y sobre todo intravenosa). Desde el punto de vista vital es peligrosa; puede producir el coma o la muerte por sobredosis. La nalomorfina es un antídoto sustitutivo; los IMAO y las anfetaminas están contraindicadas.

El consumo de heroína produce un estado de pesadez y lasitud no alucinógeno, seguido de un estado de necesidad, debiendo renovarse la dosis muchas veces por día, y un estado de rápida dependencia. Aun aceptando ciertas estructuras psicopatológicas clásicas del heroínomano —retrasado afectivo, psicópata, prepsicótico, *borderline*—, debe decirse que no corresponden completamente a la realidad actual, pudiendo ser la heroínomanía el último estadio común después de cualquier otra toxicomanía.

El estado de servidumbre es muy penoso, estado de subexcitación ansiosa con descenso del nivel de conciencia (señalemos que un toxicómano incipiente puede presentar signos de servidumbre). La intoxicación crónica se presenta más rápidamente que con la morfina y se caracteriza por un estado de torpeza junto a una pérdida de eficiencia y arranques ansiosos con pseudohiperactividad.

Señalemos el consumo por los jóvenes de medicaciones que contienen opiáceos (dionina, codeína) utilizadas en la terapéutica corriente.

El ácido lisérgico (LSD). — El ácido lisérgico (alcaloide del cornezuelo del centeno), producto sintético descubierto en 1938, utilizado ulteriormente en el campo experimental psiquiátrico, ha entrado en el campo sociológico desde hace una decena de años con una intensidad nunca conocida, a causa de la facilidad de su fabricación y de su costo relativamente moderado. Después de la fase experimental, se supo que el LSD producía modificaciones perceptivas, cenestésicas y parestésicas diversas, modificaciones de la agudeza auditiva y trastornos alucinatorios que alteraban la realidad exterior, bajo la forma de perturbaciones del esquema corporal, modificaciones del ámbito temporal y espacial, fenómenos de despersonalización acompañados de modificación del humor. El LSD fue muy utilizado en una época por la relativa facilidad de su síntesis clandestina, por sus destacados efectos a pequeñas dosis y por el culto casi místico que le atribuían algunos grupos.

"El ácido" que se toma por vía oral junto con una cantidad de azúcar, en un brebaje, o se administra por vía intravenosa, puede producir estados de excitación con ansiedad extremadamente marcada y fenómenos de pánico sobre fondo confusional. Puede tratarse de confusión hipercinética o de trastornos en el sentido de inhibición psicomotriz y pseudocatatónica, o de delirios de tipo esquizofrénico. En el curso de los estados de despersonalización con ideas de invulnerabilidad o de omnipotencia, el individuo puede realizar actos de violencia o tentativas de suicidio. Los efectos pueden persistir bajo la forma de idea fija postonírica o de delirio postonírico. La experiencia vivida bajo tóxicos puede reaparecer después de un intervalo sin nueva toma de tóxico (recidiva espontánea).

Su auge, verdaderamente epidémico, parece disminuir en América desde hace algunos años. En Europa es uno más de los tóxicos empleados por los politoxicómanos. Se utiliza a veces alternándolo con el haschich o mezclándolo con anfetamina y con el STP. Su acción puede atenuarse con *Largactil* o *Valium*.

Actualmente, parece que las reacciones adversas triviales a continuación de un consumo de alucinógenos, es decir, las embriagueces con pánico depresivo, persecutorio o agresivo ("mal viaje") o las recurrencias espontáneas ("flash backs") raramente necesitan ayuda médica. Estos accidentes son tan conocidos de los contertulios del "medio-ambiente" que saben cómo hacer "bajar de nuevo" al adepto.

El alcohol. — En ciertos países productores, puede existir una verdadera intoxicación por el alcohol desde una edad muy temprana; es el fruto de un hábito familiar, ofreciéndose el alcohol por los padres y tomándolo los niños por espíritu de imitación.

Resulta de las encuestas (entre otras la de G. Heuyer y cols., realizada sobre 100 niños de la consulta de la Clínica universitaria de Psiquiatría infantil de París, y la de G. Amado, obtenida de 2.000 niños inadaptados de ambos sexos, de 4 a 13 años) que no hay una verdadera apetencia alcohólica antes de la adolescencia.

El alcoholismo, raro entre los adolescentes en la época de los beatniks o incluso (aunque lo asocien a veces a la droga) entre ciertos hippies, cuya necesidad suele ser la Coca-cola oponiéndose así al mundo de los adultos, ha aumentado relativamente entre los adolescentes actuales. Se trata de un alcoholismo episódico en grupo, en el curso de gatuques (de *surboums*) con borracheras patológicas, y excepcionalmente en solitario. El alcoholismo crónico es poco frecuente.

1.º Algunos datos epidemiológicos. — Según el reciente informe de R. P. Shafer (1973), el 40% de los americanos con edades comprendidas entre los 18 y 21 años probaron la droga por lo menos una vez. El grupo de consumidores se desglosa en 50% de experimentadores, el 12% de usuarios ocasionales (2-10 veces al mes) y 8% de usuarios regulares (sobre todo con uso múltiple y comunicación de drogas "fuertes". El grupo de consumidores masculinos es más numeroso que el femenino. Así pues, hay que admitir que, con relación al conjunto de la población americana de 18 a 21 años, los jóvenes toxicómanos graves ("fijos") representan un 3,5%. Parece ser que el aumento anual de los jóvenes consumidores de drogas en Norteamérica está aminorando; algunos especialistas entreven incluso un período de "saturación".

Pese a presentar las mismas características que en Norteamérica, los procesos toxicómanos en Europa son de menor extensión. En los Países Bajos, 11 a 23% de un grupo representativo de colegiales de segundo grado habían consumido sustancias psicotóxicas en 1970/1971; 33,3% de todos los jóvenes de Colonia y 22,9% de los de Hamburgo habían probado la droga al menos una vez; 24,8% de los muchachos y 13,2% de las chicas de una muestra representativa de colegiales y de aprendices de Basilea, con edades de 13 a 20 años, contactaron con la droga en 1971/1972 (H. Solms y cols., 1972). Actualmente, se sabe que el consumo de drogas entre los jóvenes de Europa todavía aumenta cada año. Una de las raras investigaciones a base de una muestra verdaderamente representativa es la de U. Müller y cols. (1972) referente a toda la población masculina de 19 años que, en 1971, pasó por el reclutamiento en el cantón de Zúrich (Suiza). El 65% de los consumidores no son más que experimentadores. Más de la mitad de estos adictos sólo toman cannabis. Al 72,9% puede calificárseles de usuarios "ligeros" que prueban sólo el haschich y los alucinógenos. El 27% de los consumidores se dividen en varios grupos de adictos politópicos, de los que un grupo (7,1% del total de los consumidores) contiene los graves toxicómanos "fijos".

En cuanto a Francia, no sabemos de encuesta alguna sobre el consumo de drogas referente a una muestra nacional representativa. Parece que el contexto actual en Francia no permitió hasta ahora al I.N.S.E.R.M. efectuar este tipo de sondeo. La comparación de las dos encuestas de P. Segond (1969 y 1971-1972) muestra una clara agravación del fenómeno: mayor difusión geográfica, descenso de la edad media de los sujetos afectados, progresión de los casos de dependencia física y aumento del consumo de LSD y de las drogas "fuertes", especialmente la heroína en el Midi. Al distinguir dos clases de consumidores, P. Segond describe un primer grupo de adictos muchas veces episódicos del cannabis y de los alucinógenos que frecuentan los ambientes de la

subcultura "hippie" y se droga en un contexto comunitario con partición de los bienes sin contactos importantes con el mundo criminal del gran tráfico; el segundo grupo de verdaderos toxicómanos a base de tóxicos "fuertes" ("junkies" o "fijos" y "speeders") engloba a sujetos generalmente más solitarios y en contacto directo con los ambientes del tráfico y de la prostitución así como con las bandas de delincuentes. En el cuadro psicosociológico, esta muestra francesa se distingue claramente de los delincuentes clásicos de la misma edad. Se trata, en efecto, de un tipo de desviación nueva, caracterizada entre otras por una fuerte proporción de huidas, de vagabundeo, de propensión al suicidio y por un nuevo tipo de retraso escolar (dificultades y descolgamientos que se sitúan al nivel del ciclo secundario) seguido muchas veces por una ociosidad completa. Sus familiares, cuya estructura aparece disociada o marginalizada en la mitad de los casos, pertenecen más bien a un medio económicamente favorecido.

2.º Implicaciones psicológicas y sociales de la droga. — No podemos abordar aquí el conjunto de problemas psicológicos y sociales, tratados más de una vez en la literatura psiquiátrica.

Cuando se estudia el fenómeno actual de la toxicomanía en los adolescentes, no se puede hablar de la droga sino de las drogas, y sería arbitrario separar el problema psicológico del problema social. En efecto, la toxicomanía se ha desarrollado en el cuadro de una polémica de la sociedad actual que ha creado nuevos problemas en los adolescentes cuyos deseos y modos de pensar han variado respecto a las normas e ideales morales de los adultos. Pero eso no basta para explicar "por qué se toma la droga", ni la relación que se establece entre el individuo y los tóxicos.

¿Qué representa la droga para el adolescente? Medio de conseguir algo, *manés* de transformación, comunión para unirse a los demás, deseo de aislarse o de confundirse con los demás. J. Maritain dice, a propósito de las drogas, que son "los sacramentos del demonio". En todo caso, sabemos que es una busca que llega a ser objeto de culto y rito psicosocial. Crea un nuevo mundo con sus reglas, a partir de la organización que lleva consigo: búsqueda del tóxico, preparación de la toma, erotización de la inyección (toxicomanía de la jeringa). De celebrante al principio (ritual psicosocial), el joven llega a convertirse en un sujeto dependiente a causa de su estado de necesidad (ritualización biológica). Habrá idealizado el lado positivo de sus experiencias, pero eso no impide que entre la droga y él se establezcan nuevas relaciones con una ambigüedad equivalente a la que existe entre dueño y esclavo. De consumirla para dominar su angustia y sus problemas, el toxicómano llega a ser esclavo de los rituales de la necesidad, de los traficantes; vivirá en el artificialismo de una omnipotencia o de un ensueño que le ha sido procurado, encontrando sólo libertad relativa en la sumisión.

Las primeras relaciones con la droga son diversas: curiosidad, imitación por sugestión, etc. A veces se quiere sólo probar la droga para flirtear con ella, otras se toma para hacer como los demás, para "no deshincharse". Pero no debe olvidarse que las motivaciones profundas suelen ser la protesta contra el mundo o la familia, la transgresión de lo prohibido, la necesidad de una satisfacción inmediata. El mecanismo de evitación acarrea comportamientos de refugio en la droga y luego en la búsqueda de la droga o el exotismo, desplazamientos a través del mundo en busca de un nuevo modo de ser o existir, en la creencia de que el desplazamiento en el espacio anula el tiempo, pues el drogado piensa, como H. Michaux, que "nuestro siglo es un siglo paradisíaco" y que encontrará un mundo mejor en un constante perigrinar.

La personalidad de estos sujetos responde a distintos niveles mentales —a veces excelentes—, y a medios sociológicos varios. El uso del tóxico se suele desarrollar en

ambientes estudiantiles y se difunde a otros medios. Esta personalidad no se puede definir con relación al cuadro clínico habitual, pues la necesidad de la droga, íntimamente ligada a la facilidad de la oferta, se inscribe sobre un amplio abanico de motivaciones y de necesidades. En efecto, entre sus adeptos se pueden encontrar adolescentes introvertidos, insatisfechos, a veces hijos únicos o procedentes de familias poco numerosas, frecuentemente educados en hogares perturbados o por padres hiperprotectores, adolescentes que presentan diferencias entre desarrollo de inteligencia y madurez afectiva, buscando en los tóxicos un remedio a sus problemas conflictuales, una negación del mundo de los adultos, un rechazo de la vida societaria; buscan en la droga la solución pasiva de sus dificultades o una afirmación de su personalidad, una valoración en el marco de un grupo que les ofrece una cierta equiparación en la participación de una experiencia común, aún reconociendo, sin embargo, que eso puede conducir desgraciadamente a una cierta decadencia. La experiencia es vivida por algunos como una iniciación metafísica personal, por otros, como una iniciación tribal. Unos buscan en la toxicomanía una manera de vivir; Otros, una manera de sobrevivir. Explotados por la propaganda de los que describen su carácter espectacular, que alaba el lado positivo y creador, incitando así al abuso de los tóxicos, estos sujetos llegan a ser un grupo social, una casta, pero extremadamente polimorfa.

En lo referente a la personalidad de los jóvenes toxicómanos, convenimos con C. Olievenstein (1970) que hay que situarla próxima del adolescente psicótico o perspicótico más bien que del adolescente suicida, pues la verdadera relación de los toxicómanos graves se sitúa a la vez con la locura y con la muerte. Jugando con ambos y comenzando siempre de nuevo, buscan a través del cuerpo ejercer un poder absoluto sobre su existencia. Intentando invertir así las barreras de lo imaginario y de lo real, los jóvenes toxicómanos quieren acceder a la inmortalidad. El estado de ausencia les recordará de manera brutal que es imposible ser Dios.

P. Vengos subraya determinado número de rasgos señalados como formando parte de la personalidad del toxicómano grave, los principales de los cuales son los siguientes: la dependencia afectiva, la angustia de la separación, el aislamiento y el malestar experimentados en la relación con muchos, la intolerancia de las frustraciones, la depresión, la necesidad inagotable de amor y de aprobación, la satisfacción inmediata del deseo, la falta de confianza en sí mismos y la pasividad, luego la tozudez, la irritabilidad: la falta de ambición, de combatividad y de competitividad, la ausencia de actitudes provocadoras y agresivas y finalmente la timidez y la hipersensibilidad.

La educación de estos adolescentes transcurre muchas veces en medios familiares perturbados por la ruptura o mal entendimiento de la pareja paterna, por la muerte de uno de los padres, o incluso por el alcoholismo o la toxicomanía de uno de los padres que implica una reorganización de la estructura familiar en relación con la enfermedad, estando sometidos por esto mismo a regímenes carentes precozmente de afecto, sobre todo en su relación con la madre. A ésta se la siente habitualmente como "escrupulosa-hiperansiosa", alentadora y culpabilizadora, respecto de la cual el niño establece una relación de dependencia exagerada, mientras que el padre es un "padre ausente", ya sea realmente, por demisión o incluso por la interacción de una madre demasiado presente y que priva así a su hijo de los modelos identificatorios necesarios para su desarrollo.

El problema de la toxicomanía no puede ser abordado ni sobre el plano de la moral de los adultos, pues las motivaciones explicitadas —a menudo racionales o racionalizadas— parecen válidas y comprensibles, ni en el plano de la defensa de una

sociedad discutible, sino sobre el plano de la decadencia que implica, de la aniquilación que provoca, de la alienación que crea, yendo al encuentro de las transformaciones deseadas.

3.º *Métodos de asistencia.*— En el cuadro terapéutico, las nuevas conductas de apetencia toxicofílica plantean problemas muy especiales, que explican la frecuente incomodidad del médico enfrentado a ellos. El cuidado de los jóvenes toxicómanos requiere un tiempo y una disponibilidad que sólo un equipo médico-psico-social especializado, en contacto directo con el "medio-ambiente", y colaboradores benévolo podrían ofrecer. H. Solms (1972) subrayan que el aspecto tradicional de una relación terapéutica vertical debe dejar sitio a un tipo horizontal en un ambiente de tolerancia y de gran comprensión. El cuadro en que va a desarrollarse la acogida es tan importante que determina en gran parte la calidad de las relaciones ulteriores. Deberá hacerse a petición de los usuarios, gratuitamente y a veces también anónimamente. Los jóvenes esperan del equipo una auténtica reciprocidad, un compromiso real: imagen paterna, idealizada al principio, objeto identificatorio estructurador más tarde. El equipo médico-psico-social especializado, trabajando en un *centro medicalizado extrahospitalario del tipo "Drop-in" o "Fre-Clinic"*, debe poder apoyarse el medio urbano sobre *puestos avanzados no-médicos del tipo "release", "speak-out" o "crisis-center"*, abiertos permanentemente, en estrecho contacto con la subcultura, ofreciendo a los jóvenes fuentes de información y socorro rápido (pensión de corta duración, búsqueda de trabajo y de alojamiento, abordaje de los problemas familiares, sexuales, jurídicos y escolares). Además, las estructuras de los cuidados deberían completarse con *Centros de hospedaje de corta duración ("Sleep-in")*, con verdaderas *Comunidades de alojamiento y Comunidades de objetivo terapéutico*.

Paralelamente a la progresiva creación de estos "centros especializados", se formaron *comunidades y agrupaciones de antiguos toxicómanos "retirados"* y de voluntarios, con organización, reglas y disciplinas que les son propias y cuya ayuda a los adictos a las drogas es muy apreciable. Son los *"Synanon"* y el *"Daytop Lodge"*.

En cuanto a la aproximación médica, la cura de desintoxicación ya no constituye una condición previa necesaria al tratamiento psicoterápico del toxicómano. Es diferente según la droga y el nivel de intoxicación. Sabemos que determinadas drogas pueden dejarse sin que esto implique un estado de necesidad.

Puede hacerse: 1) mediante el brusco cese de la toma del tóxico en cuestión con utilización de medicaciones (sobre todo *Valium, Librium, Atrium*; los neurolépticos se soportan mal debido a los efectos extrapiramidales que determinan); 2) por la reducción progresiva del tóxico bajo protección de ansiolíticos; 3) por métodos sustitutivos como el empleo de la Metadona, preferentemente sin que el paciente esté informado del producto utilizado y de las dosis prescritas.

Las diferentes técnicas comprenden las psicoterapias individuales, de inspiración analítica o, la mayoría de las veces, directivas o de apoyo con "calor y abandono de la neutralidad ortodoxa" (C. Olievenstein), la psicoterapia de grupo (St. Einstein, J. C. Cordeiro), los grupos de discusión y de activación, las actividades creadoras ergoterápicas individuales, la socioterapia con información espontánea e informal de los grupos.

Todas estas técnicas se basan en la participación activa del paciente en "su tratamiento", aceptado y elaborado en común en el seno del equipo terapéutico.

La ley británica sobre drogas peligrosas concede a determinados organismos la posibilidad de prescribir la droga a determinados heroinómanos y cocainómanos a fin de, por una parte, hacer desaparecer el mercado negro (que con este método se

convierte en "mercado gris") y, por otra, llegar a un diálogo con los toxicómanos para poder tratarlos sin coacción. Algunos psiquiatras británicos admiten la existencia de "adictos estabilizados funcionando sin droga" y pudiendo mantenerse así con una vida relativamente válida y determinada dosis de tóxicos. Sin embargo, reconocen el elevado porcentaje de dificultades que entraña esta actitud debido a los riesgos que implica y a la conducta de manipulación respecto del médico que puede provocar en el toxicómano.

Partiendo del mismo principio y con objetivos más bien farmacosociales que terapéuticos, el "tratamiento continuo con Metadona" (*Methadone maintenance*), "opioide" de síntesis cuyos efectos son comparables a los de la morfina, hizo su primera aparición en los Estados Unidos (V. Dole y M. Nyswander), luego en Inglaterra, para extenderse desde hace poco al continente. Sustancia toxicomanógena en su confluencia con determinados individuos, causante de la dependencia en la misma medida que la morfina, peligrosa por sus efectos acumulativos, puede permitir "una reducción de la criminalidad y del consumo ilícito de las drogas, así como una mejor adaptación social" (XVIII Informe del Comité de expertos de la O.M.S. para la farmacodependencia). Utilizada principalmente por los heroínómanos inveterados, su empleo tiende a ganar actualmente a los morfinómanos y opiómanos, constituyendo el objeto de vivas controversias. Se hallará una revisión completa de las diferentes técnicas de aplicación en "Méthadone Maintenance" dirigida por St. Einstein (1971). Según A. Calanca, D. Ladewig, P. C. Samitca, y A. Uchtenhagen, en una puesta a punto en 1973, "el tratamiento continuo con Metadona puede constituir el mantenimiento (bajo otra forma) de una dependencia de tipo morfinico, siendo necesario no recurrir a él nunca aparte de una aproximación más compleja de las personas dependientes, es decir de una relacional del grupo o individual y de las medidas de readaptación sociales".

No abordaremos aquí otro nuevo tipo de aproximación psicofarmacológico puesto que todavía se halla en la fase de experimentación; se trata de la administración de *Cyclazocin* y de *Naloxon*, antagonistas de las sustancias morfinicas, así como de la *alfa-metiltirosina*, antagonista de las anfetaminas, capaces de crear un bloqueo farmacológico del efecto euforizante de las drogas.

El psiquiatra no debe minimizar los efectos de las drogas ni desconocer el problema de la escalada, pero tampoco debe participar en la agresividad consciente o inconsciente de una parte de la sociedad adulta, implicada ella misma en sus propias contradicciones. No es el representante de las jurisdicciones represivas. Debe encontrar soluciones distintas según el país y según los individuos a fin de ayudar al adolescente toxicómano, teniendo en cuenta que la desintoxicación es un primer paso, pero que una psicoterapia individual de sostén o una socioterapia de grupo es indispensable.

Las autoridades, por su parte, deben ser extremadamente severas con los proveedores de drogas en el plano nacional y los organismos internacionales deben atacar también con severidad a los traficantes. Pero la dificultad ha aumentado estos últimos años, pues mientras que antiguamente sólo eran los adultos los proveedores de drogas, actualmente suele ser el adolescente a la vez drogadicto y traficante.

3.º Los pirómanos

Prender fuego es un complejo conductista o un síndrome altamente determinado, con importantes aspectos instintivos, defensivos y adaptativos. Como observan L. B. Macht y J. E. Mack, el acto responde a determinantes múltiples en su signifi-

cación para el individuo y en su asociación específica con relaciones humanas importantes pasadas y presentes. N. D. C. Lewis y H. Yarnell indican que el acto incendiario propiamente dicho es raro antes de los 12 años de edad. De 238 niños cuya edad varía de 6 a 15 años, el delito es cometido en el 82% de los casos por un muchacho. El retraso intelectual es frecuente: el 26% de los niños tienen un nivel intelectual por debajo de 70 y el 34%, entre 79 y 89. El delito del incendio se asocia muchas veces a otros delitos, de ordinario menores. Hay un elevado porcentaje de familias desunidas, psicóticas e incluso de padres criminales. Según L. B. Macht y J. E. Mack, provocar un incendio no consiste solamente en prender fuego sino también en hacer funcionar la alarma, esperar la llegada de los bomberos, presenciar y asistir a la operación de extinción, establecer una relación con los bomberos, utilizar el incendio como señal para obtener ayuda y experimentar una excitación sexual intensa así como deseos e impulsos destructores. Los pirómanos consideran el acto con una cierta culpabilidad y ansiedad pero, para ellos, su actividad no constituye una conducta alienada. Los motivos invocados son la mayoría de las veces la venganza, pero se hallan a veces razones de orden compensatorio o resentimientos contra la familia, la escuela o una institución. Según dichos autores, prender fuego es un fenómeno complejo con múltiples determinantes que implican funciones intrapsíquicas múltiples. No se trata de un acto aislado y de un simple paso al acto impulsivo; constituye la expresión de elementos instintivos de destrucción, de una excitación libidinal y de una elaboración fantasmática. Se relaciona con determinado modo de expresión de los problemas edipianos.

D. — LAS BANDAS DE ADOLESCENTES

Los problemas planteados por las bandas de niños o de adolescentes no son nuevos. Estas bandas, ya descritas en la Edad Media y surgidas en Francia en el siglo XVIII, son estudiadas después de la I Guerra Mundial por A. Aichhorn, en Alemania, y por Makarenko, en la Unión Soviética. Se presentan, hasta cierto punto, como fenómenos sociológicos comprensibles en países que han sufrido una desorganización socioeconómica importante.

Después de la II Guerra Mundial este fenómeno ha adquirido proporciones epidémicas; ha aparecido en focos sucesivos en diversos países y plantea problemas en el plano mundial. Se han publicado numerosos trabajos sobre esta cuestión, que clasifican los problemas no sólo desde un punto de vista sociológico, sino también atendiendo al estudio psicológico de los individuos que forman esos grupos.¹

Estos grupos llevan nombres diversos según los países: *beatniks*, *hippies*, en América del Norte; *toddy boys*, *mods*, *rockers*, en Gran Bretaña; *vitelloni*, en Italia; *nozún* y *provos*, en Holanda; *Blousons noirs* y *yeyés*, en Francia; *Halbstarke*, en Hamburgo; *anderumper*, en Copenhague; *tayozoku*, en Japón,² etc.; corresponden a fenómenos de grupos cuya organización sociológica puede comprenderse, quizá desde un punto de vista general, pero no tienen todos el mismo tipo de comportamiento y no responden necesariamente a asociaciones de individuos equivalentes. Sin embargo,

1. F. Reni, F. Thrasher, A. R. Crane, H. Bloch y A. Niederhoffer, K. Holmberg, T. Y. Lin, etcétera. En Francia, citaremos las publicaciones de H. Joubrel, de P. Parrot y M. Guénau, G. Amado, S. Lebovici, Y. Roumajon, M. Mittelman, H. Flavigny y la obra de conjunto de M. Lemay.
2. En España: gamberros. Cuando se quiere matizar un comportamiento se emplean los términos ingleses y franceses. (N. del T.)

estos diferentes nombres responden a características particulares, y los cambios de nombre en un mismo país a modificaciones de las características de estas diferentes asociaciones y a reacciones diferentes.

Es preciso distinguir entre los jóvenes adolescentes manifestaciones masivas por una parte y actividades de grupo más o menos organizado por otra.

1.º Las agrupaciones

C. Bondy y otros distinguen tres especies de agrupaciones:

- La agrupación simple, que es una reunión de gente joven sin finalidad aparente.
- La agrupación con ocasión de un espectáculo; los jóvenes se reúnen por millares para asistir a un recital de canciones y autoexhibiciones del mismo tipo, donde actúan sus ídolos preferidos ("Beatles", etc.). Estas manifestaciones degeneran a menudo en peleas. Tal ha sido el caso en diversos espectáculos que han tenido lugar en París y en provincias en 1963. Éste también ha sido el caso ocurrido durante las exhibiciones de los "Rolling Stones" o de los "Beatles" en diversos países del mundo.
- La agrupación de rebote. Es la renovación, una semana más tarde, por ejemplo, de la excitación, del resentimiento subyacente y del escándalo organizado en torno al agrupamiento precedente. Tales pueden ser los tipos de tumulto que se produjeron en el curso de una festividad, alborotos del día de Año Nuevo en Estocolmo y que se reprodujeron ulteriormente de rebote.

H. Flavigny describe los diversos mecanismos que rigen estas agrupaciones:

- Se forman "en ciertas ocasiones" que son esencialmente la consecuencia de la aparición de un "ídolo".
- Una gran agrupación se constituye; se ha formado una masa que debe obedecer las leyes de la psicología de las multitudes.
- Esta masa es inorgánica, no homogénea, está constituida por individuos aglomerados fortuitamente, sin ideal común, sin estructura interna, sin encuadramiento alguno.

Estas agrupaciones de masas no son necesariamente guiadas por líderes, aunque sean a veces consecuencia de un festival o de un recital. Los mismos tumultos no están organizados, pero pueden estar determinados por la publicidad aparecida en los periódicos y revistas de las reacciones anteriores equivalentes. Los individuos que participan en ellas tienen características distintas, tanto por su personalidad propia como por su nivel socioeconómico, aunque frecuentemente no tengan antecedentes de delincuencia o situaciones familiares particulares. Se trata de manifestaciones de masa de una juventud cuyas necesidades y deseos son psicológica y sociológicamente diferentes de los de la generación precedente. Algunas de estas agrupaciones pueden ser creadas por grupos que tienen una ideología más o menos precisa y forman núcleos más o menos definidos; organizan manifestaciones conjuntas a las que se unen individuos que no tienen nada que ver con ellos, tales como las manifestaciones de *hippies* a propósito de la paz en el Vietnam.

Sería erróneo considerar a estos individuos como delinquentes juveniles en el sentido peyorativo del término, como asociales, para los cuales se reserva el pronóstico. Se trata, como dice E. Morin, de una nueva clase adolescente que implica una precocidad sociológica y psicológica (precocidad amorosa y sexual acentuada por la intensificación de los estímulos eróticos aportados por la cultura de masas y el debilitamiento continuo de lo prohibido), en un clima de promoción del valor juvenil explotado por nuevos modos del consumo comercial. La *classe d'âge*, según E. Morin, ha cristalizado en:

- una panoplia común, de tipo indumentario, que además evoluciona a medida que los mayores se la apropian y que tiende a distinguirla del mundo adulto;
- cierto tipo de maquillaje femenino, ciertos tipos de peinado, cánones de belleza y de seducción autónomas;
- el acceso a bienes particulares que le son propios, guitarra, transistor, etc.;
- un lenguaje común acentuado con epítetos superlativos como "terrible", "sensacional", "genial", etc.;
- sus ceremonias de comunión, desde el guateque hasta el espectáculo de *music-hall*;
- sus héroes.

Todo esto puede uniformarse en cierta medida por las revistas especializadas, las emisiones de radio o televisión dirigidas especialmente a estos adolescentes, por la apertura de *boutiques* en las que encuentran vestidos a su gusto y *gadgets* constantemente renovados.

2.º Las pandillas asociales

Si las agrupaciones que acabamos de describir responden a distintas formas de neosocialización en el marco de una evolución socioeconómica particular, es evidente que deben distinguirse de las pandillas asociales de jóvenes que plantean problemas especiales, tanto por el tipo de individuos que las componen como por sus consecuencias, desde el punto de vista sociológico y del desarrollo psicológico de cada individuo considerado como entidad.

Diversos tipos de pandillas han sido descritas en función de las características del grupo o de su forma de comportamiento, o bien de las características sociológicas de su aparición.

En Estados Unidos se habla de *bop-hipsters* (miembros de una pandilla agresiva), de *cool-hipsters* (individuos solitarios, aislados, toxicómanos, etc.) y de *zoot-hipsters* (protectores, golfos, proxenetas y traficantes de drogas).

Yinger describe tres tipos de "subcultura" o más bien de "contracultura":

- la forma criminal que recurre al robo, a la extorsión y demás delitos para obtener dinero;
- la forma conflictual que ve en la violencia una especie de prestigio;
- la forma dimisionaria que utiliza drogas para evadirse de la realidad de la vida.

H. Flavigny admite que existe un estilo de pandillas distinto según el lugar y el bagaje socio-cultural en el que se desarrollan:

- las pandillas de barrio subproletario homogéneo;
- las bandas procedentes de sectores mixtos en donde viviendas burguesas se hallan cerca de viviendas insalubres;
- las pandillas que se forman espontáneamente en los grandes núcleos;
- las pandillas procedentes de barrios burgueses que forman lo que se llama *blousons dorés*;
- las pandillas pertenecientes a grupos étnicos particulares, en Francia: norteafricanos, gitanos, etc.

La película *West Side Story* ilustra perfectamente las batallas entre dos pandillas pertenecientes a grupos étnicos distintos.

3.º Características generales de las pandillas

Las pandillas están constituidas por jóvenes cuya edad oscila entre 13 y 22 años. Las pandillas formadas por niños más jóvenes son excepcionales. Sin embargo, sabemos que algunos adultos se asocian a veces a las pandillas de adolescentes. Comprenden más chicos que chicas; estas últimas constituyen más bien un vínculo

en el grupo, no tienen responsabilidades importantes. Los lugares de reunión son variables, unas veces en la calle, otras una plaza o un jardín, muy a menudo un bar. Frecuentemente, un mismo lugar de reunión puede acoger diferentes pandillas sin que existan intercambios entre ellas; otras veces cada pandilla tiene su particular punto de reunión. Además, existen pandillas itinerantes que suelen organizarse durante las vacaciones y se desintegran después; otras cuyo grupo está formado por la asociación de distintos individuos en trance de desplazamiento y que se disuelven en grupos más amplios, grupos de protección que no son más que una etapa durante desplazamientos sucesivos, tales como estos jóvenes que se desplazan de Londres a París, de París a Roma, de Roma a Grecia, para terminar su periplo en Estambul o aún más lejos. Estos desplazamientos sucesivos pueden responder a una búsqueda de droga y tenemos la impresión de que se trata de una multiplicidad de personas ocasionalmente agrupadas en función de una meta más que por un deseo de agruparse.

La estructura del grupo es más o menos coherente. En las formas bien estructuradas puede existir un líder o un *caid* con autoridad despótica; representa al ser viril y corajudo que impone la norma conforme a cierto código de valores de uso interno. En algunas de estas sociedades de adolescentes, H. Bloch y A. Niederhoffer hallan ritos de iniciación (tatuajes, heridas voluntarias) que significan el ingreso y la aceptación por la banda. La misión en la pandilla puede consistir por decisión del jefe o por cooptación. Si este tipo de organización puede existir al margen de los grupos de delincuentes (en efecto, existen en ciertos grupos de estudiantes, de oficiales o, de forma más amplia, en ciertas escuelas), se suele presentar como una especie de necesidad en las organizaciones delictivas o a partir del momento en que desembocan en la delincuencia. Sin embargo, debemos señalar que este tipo de organización rígida no es frecuente en muchos países europeos; esta organización es más o menos democrática o más o menos anárquica.

4.º Psicología del grupo y de las personas que lo integran

F. Redl considera que se elige la banda por distintas razones:

- Por seducción mágica.
- Por una necesaria irresponsabilidad personal; el grupo toma a su cargo los deseos que el individuo no puede soportar.
- Por introducción de una seguridad en la esencia de la falta; el código de la banda se convierte en un “super-ego” colectivo que permite eliminar la falta individual. El sujeto va encontrar en el grupo una seguridad, una comprensión y una posibilidad de utilizar sus debilidades y sus rebeldías. El grupo representa para él la apertura de un diálogo y de una acción común que no puede encontrar con los elementos de otras generaciones.

Para que el grupo tenga una coherencia interna se deben adoptar ciertos mecanismos de defensa respecto a los que no forman parte de él (F. Redl):

- Eliminando toda persona que no pertenezca al grupo.
- Rehusando completamente la personalidad de extraños, en función del ámbito de su código (sublimación despersonalizante).
- Admitiendo como un tabú el rechazo de identificación a las personas que tienen otro código.

El grupo cobra así un sentido que permite una cierta regulación a pesar de la falta de semejanza de las personalidades que lo componen. Si uno o varios individuos

toman posiciones contradictorias respecto al grupo, sólo existen ciertas posibilidades de mantener la coherencia:

- Someterse al conjunto del grupo o al líder (después de una revuelta).
- Ser excluido y formar grupos independientes y rivales del de procedencia.
- Quedar aislados y ser considerados como traidores; apartarse de cualquier nuevo agrupamiento.

Se han descrito un cierto número de características propias de los individuos pertenecientes a las bandas (H. Flavigny): su pasividad que se traduce por el ocio, su manifiesta inestabilidad con una variabilidad de humor, su agresividad manifiesta o potencial, sus dificultades para controlar sus impulsos, su necesidad de satisfacción inmediata junto a deseos fuera de la realidad que sólo podrían realizarse en el mundo de la fantasía, del mito o de la lectura, su falta de interés por el trabajo y por los problemas generales, asociado a una seudointelectualidad y una explotación más o menos válida de la poesía, de la pintura o de la música, su falta de gusto por el conocimiento de la realidad, encontrando sólo interés en lecturas fáciles (*cómics*), en las aportaciones pasivas del cine en donde hallan refugio, evasión e identificación fantasmática, su interés en el plano sexual que se manifiesta en los más jóvenes mucho más por palabras que por hechos, su necesidad de evasión que se traduce en actividades polimorfas.

El fenómeno “pandillas” no puede explicarse únicamente por la estructura psicológica; el tipo de personalidad que acaba de ser descrito puede ser el resultado de diversos factores. Es cierto que no se puede minimizar el problema planteado por el factor socioeconómico y la promiscuidad. También lo es que pueden encontrarse perturbaciones en el modo de relaciones padres-hijo, que se trate de padres con actitudes extremadamente rígidas y severas o por el contrario demasiado protectoras, de familias desunidas o sobre todo de cambios durante la evolución social. La disminución de la cohesión familiar perturba el proceso de valoración e identificación del adolescente con sus padres, provocando así una hipervaloración de su rol como si le fuera posible identificarse consigo mismo o con la imagen que de él se le muestra. A partir de sus angustias, de su culpabilidad, de su agresividad contenida, que no encuentra ni exutorio ni sublimación en el marco de sus esquemas familiares inconsistentes, no cabe encontrar esperanza: a partir de ahí, el adolescente tiene la impresión de que la vida carece de sentido, que los adultos no creen en el sentido de su propia vida y que, por consiguiente, reacciona por negativa, por un nuevo sentido de lo sagrado, por un apolitismo sistemático, por una aceptación de la locura como liberación saludable y verdadera sabiduría, por una huida ante las responsabilidades, por un deseo de demostración por la acción, encontrando o creyendo encontrar en las pandillas una socialización comprensiva.

Los jóvenes escritores americanos nos han mostrado todo lo angustioso de la situación del adolescente actual, al que se ha llamado unas veces “nuevo santo” y otras “nuevo bárbaro”, “generación *beatnik*” o “generación torturada”. L. Ferlinghetti, escritor de la nueva generación americana, dice: “Estoy harto de esperar a Godot; en alguna parte los campos están llenos de alondras, en alguna parte la tierra vibra de entusiasmo.” De hecho, esta tierra impalpable que buscan en sí mismos, no la pueden hallar ni conquistar porque no se les han dado los materiales necesarios para ello. Estos adolescentes se encuentran solos en el mundo, se aíslan en pandillas y forman un universo cerrado, universo de autodefensa y, a menudo, de autodestrucción.

E.—TRATAMIENTO DE LOS DELINCUENTES

Sólo se desprenden nociones muy generales de los numerosos trabajos aparecidos en estos últimos años sobre la *profilaxis de la delincuencia*. Se refieren a las modificaciones de las estructuras sociológicas o a las medidas psicológicas cuyo fin es evitar los desórdenes capaces de producir una modificación en el desarrollo armónico del niño. Se trata de medidas de *orden social*, que tienden a producir una mejor expansión familiar; de *orden educativo*, mediante la intervención de psicólogos o de psiquiatras en el ámbito pedagógico y la creación de servicios medicopedagógicos; de *orden psicológico*, en lo concerniente a los hijos-problema, mediante consejos a los padres desconcertados y la creación de escuelas para padres, de un conjunto de medidas de higiene mental general.

Cierto número de autores han llevado a cabo *estudios previsionales*. Así, S. y E. Glueck se han dedicado a estudiar ciertos procesos asociados que se encuentran a menudo en la génesis y en el desarrollo de la delincuencia, y que no se suelen encontrar en los no delinquentes, para saber si existen influencias preponderantes. Según estos autores, encontraremos a estos delinquentes potenciales persistentes en la escuela primaria. En efecto, admiten que los factores diferenciales entre delinquentes y no delinquentes se refieren al medio social, a los rasgos de la personalidad destacados por los tests psicológicos y a los que revela la consulta psiquiátrica. Según el "cuadro de previsión social de Glueck", podríamos establecer una "señalización de previsiones sociales" que permitiera detectar precozmente a los futuros delinquentes. Estas tablas de previsión, dicen los autores, no pretenden estigmatizar a los niños sino alertar a los padres que deben modificar o cambiar su actitud y sus costumbres familiares, sugiriéndoles directrices saludables.

La *conducta a seguir* frente al delincuente juvenil se transforma al mismo tiempo que evoluciona la postura de la sociedad para con la criminalidad en general, y también para con la noción de responsabilidad del niño o del adolescente en caso de actividad delictuosa. Hasta el siglo XIX la postura frente a la criminalidad es casi exclusivamente represiva, pero generalmente se atenúa la responsabilidad en los adolescentes y se exonera a los niños de cualquier pena. En el XIX el concepto punitivo se completa con un concepto educativo y entonces se fundan colonias agrícolas y correccionales. A finales del XIX y principios del XX aparecen los Tribunales especiales para menores y se adopta un procedimiento apropiado, se fundan instituciones educativas y protectoras cuyo símbolo es la prueba¹.

Durante el siglo XX, con la aparición de los Tribunales de menores, la postura de la sociedad evoluciona hacia una individualización de las penas y la actividad represiva y educativa se transforma o se completa mediante una actividad terapéutica. Se admitirá rápidamente que es imposible emitir un juicio de valor respecto a un acto desconociendo la personalidad del individuo que lo comete, de ahí la necesidad de crear centros de diagnóstico cuya meta es comprender al individuo en su desarrollo histórico y en el marco psicosocial en el que se desarrolla y el acto en función de las motivaciones conscientes o inconscientes².

1. En la obra de M. y H. Veillard-Cybulsky se encontrará la exposición de esta evolución histórica y las grandes líneas del nuevo derecho de los menores así como los nuevos procedimientos que se instauran al amparo de una organización jurisdiccional autónoma.

2. En las obras de L. Bovet, de T. C. N. Gibbens, de K. Friedländer y en la de M. y H. Veillard-Cybulsky, se exponen las diversas actitudes terapéuticas actualmente vigentes.

La *terapéutica* puede aplicarse de distintas maneras: en forma de un tratamiento ambulatorio y de una reeducación en ambiente abierto, empeñándose simultáneamente en modificar el ambiente familiar; o en forma de un emplazamiento familiar (el niño y los padres aceptan una "familia acogedora", cuidadosamente seleccionada y preparada); o bien en forma de emplazamiento en una institución. La reeducación en internado implica la aplicación de principios educativos, la creación de unidades con pocos efectivos, en las que se intente crear un espíritu de grupo merced a educadores especializados. No se podría concebir una institución educativa de este tipo sin colaboración psiquiátrica y psicológica regular. Actualmente se consideran (T. C. N. Gibbens) por lo menos tres tipos de reeducación en internado: un tipo estándar que conviene a la mayoría de los casos de delincuencia bastante grave; un tipo más especializado de tratamientos prolongados para delinquentes seriamente perturbados, para los que resultarían ineficaces los métodos habituales; una reeducación a corto plazo en internado para los que ya no pueden ser reeducados en ambiente abierto, pero no son lo bastante delinquentes para necesitar largos períodos de detención.

Además, son indispensables establecimientos de postcura montados con casas, talleres especializados y hogares de acogida temporales.

La psicoterapia que se ha de aplicar en estas instituciones puede ser individual (las técnicas utilizadas para los delinquentes son para la mayoría de los autores particulares y diferentes de las que se aplican a los neuróticos), o de grupo. Además, conviene hacer regularmente análisis del grupo institucional y de las relaciones del sujeto con el personal y los otros internados. Lo importante en este conjunto de terapéuticas es establecer un diálogo con el delincuente, que permita identificaciones válidas y cree relaciones transferenciales utilizables.

La conducta a seguir frente a las pandillas asociales es particular. En efecto, la acción sólo puede ser eficaz si se consigue no sólo captar las características psicológicas de los individuos que las constituyen, sino también intentar comprender las características de cada uno de ellos, lo que éstas representan y lo que aportan al adolescente. Una de las mejores soluciones es actuar sobre el grupo mismo para modificarlo y para transportarle de las identificaciones seudosociales y heroicas de la sangre a las identificaciones normales de la adolescencia. Es preciso ofrecer a estos adolescentes apoyos sociales válidos y nuevas salidas.

Los pronósticos y la evaluación de los resultados terapéuticos dan lugar a interpretaciones diversas, bien por ser grupos demasiado heterogéneos, bien por establecer a menudo clasificaciones en función del acto delictivo o en vez de intentar agrupar los sujetos en función de su personalidad, o bien por ser los delinquentes sometidos a métodos educativos o terapéuticos diversos. Además, se ha demostrado que aun en los estudios realizados con metodología precisa, las estimaciones parecen desconcertantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Accornero, F. y Mayer, R. — Fughe e vagabondaggio nell'età evolutiva. *Infanzia Anormale*, 1958, 26, 139-166.
- Aichhorn, A. — *Wayward youth*. Viking Press, Nueva York, 1948.
- Ajuriaguerra, J. de y Jaeggi, F. — *Le poète Henri Michaux et les drogues hallucinogènes*. Sandoz S. A., Basilea.
- Amado, G. — Éthique et psychologie d'un groupe d'adolescents inadaptés. *Évolution Psychiatrique*, 1951, 1/3-25; 16/1, 3-30.
- Amado, G. — *Les enfants difficiles*. P.U.F., Paris, 1955.
- Amado, G. — Des enfants préadolescents (A propos de la prévention précoce de l'alcoolisme). *Évolution psychiatrique*, 1959, 24, 1, 133-153.
- Amado, G. — 12 ans de pratique médico-pédagogique: un centre d'observation à Vitry. *Psychiat. Infant.* 1962, 4/2, 443-508.
- Anthony, E. J. — Les réactions des adultes aux adolescents et à leur comportement, 134-148. En *L'abord psychiatrique de l'adolescence*; Caplan, G. y Lebovici, S., red. Excerpta medica foundation, Amsterdam, 1966.
- Arnold, P., Bassand, M., Crettaz, B. y Kellerhals, J. — *Jeunesse et société*. Payot, Lausanne, 1971.
- Ascher, J. — Réflexions sur l'État dangereux et le passage à l'acte. *Thèse*, Lille, 1967.
- Bakwin, H. y Morris Bakwin, R. — *Behavior disorders in children*, 519-544. W. B. Saunders Co., Filadelfia y Londres, 1966.
- Bartoleschi, B. y Mayer, R. — Problemi psicopedagogici, psico-sociali dei disturbi del carattere in età evolutiva. En *Atti II Congresso europeo di pedopsichiatria*, 1963, 1. Tipografia Porziuncolo, Asis.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. — Toward a communication theory of schizophrenia. *Behav. Sc.*, 1956, 1, 251-264.
- Bender, L. — *Agression, hostility and anxiety in children*. C. Thomas, Springfield, Ill.
- Bender, L. — Psychopathic behavior disorders in children, 360-377. En *Handbook of correctional psychology*; Lindner, M. y Selinger, R. V., dirs.; Philosophical Library, Nueva York, 1947.
- Bender, L. — Children and adolescent who have killed. *Am. J. Psychiat.*, 1959, 116, 510-513.
- Bender, L. — Psychopathic personality disorders in childhood and adolescence. *Arch. Crim. Psychodyn.*, 1961, espec. n.º, 412-415.
- Bloch, H. y Niederhoffer, A. — *Les bandes d'adolescents*. Paris, Payot, 1963.
- Bondy, C. et al. — *Jugendliche Stören die Ordnung*. Juventa, Verlag, Munich, 1957.
- Bovet, L. — Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile. *Monographie n.º 1 de l'O. M. S.*, Ginebra, 1951.
- Bowlby, J. — *Maternal care and mental health*. 2.ª ed., Ginebra, O. M. S., 1952.
- Braunhewig, D., Lebovici, S. y Thiel Godfrind, D. — La psychopathie chez l'enfant. *Psychiat. Infant.* 1969, 12, 5-106.
- Brill, N. Q., Beebe, G. W. — A follow-up study of war neuroses. *Veterans Adm. Med. Monogr.*, Washington, 1955.
- Cahn, R. — L'évolution des structures psychopathologiques des enfants inadaptés. *Psychiat. Infant.* 1962, 5, 225-316.
- Capul, M. — Le devoir professionnel des enfants inadaptés. *Psychiat. Infant.* 1964, 8/2, 547-600.
- Cassiers, L. — *Le psychopathe délinquant. Étude expérimentale à travers le Rorschach*. Bruxelles, C. Dessart, 1968.
- Cleckley, H. M. — Psychopathic states. En Arieti, S.: *Amer. Handbook of psychiatry*, 1959, 1, Basic Books, Nueva York.
- Cohen, D. W. y Carper, M. L. — Long range prognosis of child guidance clinic cases. *Psychiatric Quarterly*, Supl. 1945, 19, 20-27.
- Col, C. — Fugues et milieu familial. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 663-680.
- Cowie, J., Cowie, V. y Slater, E. — *Delinquency in girls*. Heinemann, Londres, 1968.
- Craft, M. — The natural history of psychopathic disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 1969, 115, 39-45.
- Craft, M., Fabisch, W., Kenneth Robinson, R. H. y Taylor, F. H. — *Psychopathic Disorders*. Dir. por M. Craft, Oxford, Nueva York, 1966.
- Chazal, J. — *L'enfance délinquante*. P. U. F., Paris, 1961.
- Chombart de Lauwe, Y. M. J. — *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*. Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1959.

- Daly, R. F. — Mental illness and patterns of behaviour in 10 XYY males. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1969, 149/4, 318-327.
- David, C. — Quelques remarques introductives aux problèmes de la normalité. *Rev. franç. Psychanal.*, 1972, 3, 36, 359-372.
- Debuyst, C. y Joos, J. — *L'enfant et l'adolescent voleurs*. Dessart, Bruselas, 1956.
- Delmas, A. — Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. *Congr. des méd. alién. et neuro. de Fr. et pays de langue franç.*, Limoges, 1932.
- Deniker, P. y Sempe, J. C. — Les personnalités psychopathiques. Essai de définition structurale. *Encéphale*, 1967, 1, 5-32.
- Deutsch, H. — *Problèmes de l'adolescence*. Payot, Paris, 1970.
- Devereux, G. — La délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société puritaine. *Les Temps Modernes*, 1964, 20/221, 621-659.
- Duvignaud, J. (bajo la dir. de). — *Anomie*, 20-26. En *La sociologie*. Ed. Denoël, Paris, 1972.
- Ehrlich, S. K. y Keogh, R. P. — The psychopath in a mental institution. *A. M. A. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1956, 76, 286-295.
- Eissler, K. R. (Dir. por) — *Searchlights on delinquency*. Int. Univ. Press, Nueva York, 1949.
- Euzière, J., Lafon, R., Faure, J. L. y Michoud. — Recherches sur le pronostic des inadapta-tions juvéniles. *Sauvegarde de l'Enfance*, n.º fuera de serie, 1951, 23-38.
- Fau, R. — *Les groupes d'enfants et d'adolescents*. P. U. F., Paris, 1952.
- Fedida, P. — Psychose et parenté (naissance de l'antipsychiatrie). *Critique*, 1968, 24/257, 870-895.
- Ferlinghetti, L. — *A Coney Island of the Mind*. Nueva York, A New Direction, 1958.
- Flavigny, H. — Aspects actuels de la délinquance juvénile. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1964, 12, 593-612.
- Freud, A. — *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris, Gallimard, 1968.
- Friedlander, K. — *La délinquance juvénile. Étude psychanalytique, théorie, observations, traitements*. P. U. F., Paris, 1951.
- Fromm, E. — Instinctive versus characterological sources of human aggression, 17. En 5.º *Congrès mondial de psychiatrie*, résumés; La Prensa Médica Mexicana, México, 1971.
- Gardner, G. E. y Goldham, N. — Childhood and adolescent adjustment of naval successes and failures. *Amer. J. Orthopsychiat.*, oct. 1945.
- Gibbens, T. C. N. — Tendances actuelles de la délinquance juvénile. *Cahiers de la Santé Publique, Monographie*, n.º 5, O. M. S., Ginebra, 1961.
- Gibbens, T. C. N., Pond, D. A. y Stafford-Clark, D. — A follow-up study of criminal psychopaths. *J. Ment. Sc.*, 1959, 105, 108-115.
- Gibbs, E. L. y Gibbs, F. A. — Electroencephalographic evidence of thalamic and hypothalamic epilepsy. *Neurology*, 1951, 1, 136-144.
- Glueck, S. y Glueck, E. T. — *Unraveling juvenile delinquency*. Harvard Law School Studies in Criminology. Nueva York, The Commonwealth Fund, 1950.
- Glueck, S. H. (edit.). — *The problem of delinquency*. Boston, Houghton Mifflin Co., 1959.
- Glueck, S. — Propos sur la recherche dans le domaine de la délinquance juvénile. *Méd. et Hyg.*, 1965, 23, n.º 695, 678-679.
- Gough, H. G. — A sociological theory of psychopathy. En *The Mental Patient: studies on the sociology of deviance*. Dir. por S. P. Spitzer y N. K. Denzin, 60-68. Mc Graw Hill Book Co., N. Y., 1968.
- Gueneau, M. — A propos de quelques cas de délinquance sexuelle chez l'adolescent. *Psychol. franç.*, 1963, 8, 55-63.
- Haffter, Carl. — Historische Aspekte der Bandenbildung Jugendlicher. *Acta paedopsychiatrica*, 1966, 33, 183-187.
- Haim, A. y Haim, C. — Déficits instrumentaux chez les psychopathes. *Ann. Intern. de Criminologie*, 1963, 439-445.
- Hare, R. D. — Psychopathic behavior: some recent theory and research, 1-46. En *Advances in experimental clinical psychology*; Adams, H. E. y Boardman, W. K., dirs. eds; Pergamon Press, Nueva York, Toronto, 1971.
- Hartelius, H. — A study of male juvenile delinquents. *Acta Psychiat. Scand.*, 1965, suppl. 182 ad vol. 40.
- Healy, W., Bronner, A. F. — *Delinquents and criminals, their making and unmaking*. McMillan Co., 1926.
- Hesnard, A. — *Manuel de sexologie normale et pathologique*. 3.ª ed., Payot, Paris, 1959.
- Heuyer, G. — Enquête sur le pronostic des troubles du caractère chez l'enfant et enquête de contrôle. *Criança portu.*, 1953-1954, 203-220.
- Heuyer, G. — L'enfant voleur. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1955, 403-406 y 413-425.

- Heuyer, G. — *La délinquance juvénile*. P. U. F., Paris, 1969.
- Hewitt, L. E. y Jenkins, R. L. — *Fundamental Patterns of maladjustment; the dynamics of their origin*. Printed by authority of the State of Illinois, 1945.
- Hijazi, M. — *Délinquance juvénile et réalisation de soi*. Masson et C^{ie}, edit., Paris, 1966.
- Homburger, A. — *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindersalters*. Springer, Berlin, 1926.
- Honoré, B. — Contribution à l'étude de l'adaptation sociale des mineurs. *Thèse Paris*, 1957.
- Honoré, B. — Sur la signification biologique et sociale du vol chez les mineurs délinquants. *Entretiens Psychiatriques* 1960, 5, 176-202.
- Humbert, F. — Les états dits psychopathiques constitutionnels. *Arch. suisses Neurol. Psychiat.*, 1947, 59, 179-195.
- Jenkins, R. L. — The psychopathic or antisocial personality. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1960, 131, 318-334.
- Jenkins, R. L. — Classification of behavior problems of children. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 125, 1032-1039.
- Johnson, A. M. — Causation of juvenile delinquency. *Pediatrics*, 1956, 17, 934-939.
- Johnson, A. M. — Juvenile delinquency. En *American handbook of psychiatry*. Dir. por S. Arieti, 1959, 1, 840. Nueva York, Basic Books.
- Johnson, A. M., Szurek, S. A. — The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psychoanal. Quart.*, 1952, 21, 323-343.
- Josselyn, I. M. — The capacity to love: a possible reformulation. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 6-22.
- Joubrel, H. — *Mauvais garçons de bonnes familles*. 252 p. Aubier-Montaigne, Paris, 1957.
- Kahn, E. — Die psychopathischen Persönlichkeiten, 227-487. En *Handbuch der Geisteskrankheiten*, vol. 5; Bumke, O., dir.; Springer, Berlin, 1928.
- Kaiser, G. — *Randalierende Jugend*. Meyer, Heidelberg, 1959 (citado por Roumajon).
- Karpman, B. — The myth of the psychopathic personality. *Amer. J. Psychiat.*, 1948, 104, 523.
- Karpman, B. — Psychodynamics of child delinquency. *Amer. J. of Orthopsychiat.*, 1953, 23/1, 1-69.
- Karpman, B. (dir.). — *Child and juvenile delinquency*. Psychodynamics Monograph Series, Washington, D. C., 1959.
- Karpman, B., Lippman, H. S., Lourie, R. y Rabinovitch, R. D., Sontag. — A differential study of psychopathic behavior in infants and children (Round Table, 1951). *Am. J. Orthopsychiat.*, 1952, 22/2, 223-267.
- Karpman, B., Lippman, H. S., Rabinovitch, R. D., Lowrey, L. G. y Levy, D. M. — The psychopathic behavior in infants and children: a critical survey of the existing concepts (Round Table, 1950). *Am. J. Orthopsychiat.*, 1951, 21/2, 223-272.
- Karpman, B., Lurie, L. A., Allen, F. H., Anderson, V. V., Rabinovitch, R. D. y Lurie, L. A. — The psychopathic delinquent child (Round Table, 1949). *Am. J. Orthopsychiat.*, 1950, 20, 223-265.
- Kerbikov, C. V. — Le problème clinique des psychopathies. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1960, 8, 363-370.
- Klein, M. 1927. — Les tendances criminelles chez les enfants normaux. En *Essais de Psychanalyse*, Payot, Paris, 1967, 211-228.
- Kohler, C., Lachanat, Thevenin y Boujard. — Étude statistique de la réadaptation de 135 sujets "caractériels" observés cinq ans auparavant. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1951, número fuera de serie, 64-75.
- Kretschmer, E. — *Körperbau und Charakter*. Springer, Verlag, Berlin, 1967.
- Lafon, R. y Faure, J. L. — Le problème des comportements pervers chez l'enfant et l'adolescent. En *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue française*, 67-138, Masson et C^{ie}, edit., Paris, 1951.
- Lagache, D. — Contribution à la psychologie de la conduite criminelle. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1948, 12/4, 541-570.
- Lagache, D. — La psycho-criminogénèse. *Rev. franç. de Psychanal.*, 1951, 15/1, 103-129.
- Lang, J. L. — *L'enfance inadaptée*. P. U. F., Paris, 1962.
- Lauzel, J. P. — *L'enfant voleur*. Paris, P. U. F., 1966.
- Levobici, S. — Troubles du caractère et dynamique de l'agressivité au cours de l'âge évolutif. En *Atti II Congresso europeo di pedopsichiatria*, 1963, 1, 113-147. Tipografia porziuncola, Asis.
- Lebovici, S. — L'abord écologique en psychiatrie infantile. *Psychiat. Infant.*, 1964, 7, 199-268.
- Lebovici, S. y Roumajon, Y. — L'adolescent et les bandes. *Hygiène mentale*, 1960, 49, 259-277.
- Lemay, M. — *Les groupes de jeunes inadaptés*. P. U. F., Paris, 1968.
- Lemay, M. — *Psychopathologie juvénile* (t. I y II). Éditions Fleurus, Paris, 1973.
- Le Moal, P. — *Étude sur la prostitution des mineures*. Ed. sociales françaises, Paris, 1965.
- Levy, D. M. — Véase B. Karpman y cols.
- Lewis, N. D. C. y Yarnell, H. — *Pathological Fire-Setting*. Nueva York, Nerv. and Ment. Dis. Monog., 1951.
- Lin, Tsuing-Yi, Tai-Pau y Liu-Liang. — Two types of delinquent youths in Chinese society. *Brit. J. of Delinquency*, abril 1958, 8, 224-256.
- Lippman, H. S. — Véase B. Karpman y cols.
- Loomis, S. D., Bohnet, J. y Huncke, S. — Prediction of E.E.G. abnormalities in adolescent delinquents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 494-497.
- Lourie, R. S. — Véase B. Karpman y cols.
- Lukianowicz, N. — Juvenile offenders. A study of 50 remand home and training school girls in Northern Ireland. *Acta psychiat. scand.*, 1971, 47, 1-37.
- Lukianowicz, N. — Juvenile offenders, IV. *Acta psychiat. scand.*, 1972, 48, 5, 423-442.
- Lurie, L. A. — Véase B. Karpman y cols.
- Macht, L. B. y Mack, J. E. — The firesetter syndrome. *Psychiatry*, 1968, 31, 277-288.
- Mailloux, N. y Lavalée, Cl. — Génesis y significación de la conducta antisocial. *Rev. Psicol. Gen. ap. Espagne*, 1961, 16/60, 725-736.
- Makarenko, A. S. — *Pedagogiceskaja poema* (Le poème pédagogique, traduit en français par Jean Champenois). Moscú, edic. del Estado, 1947.
- Makarenko, A. S. — *Le chemin de la vie*. Moscú, edic. del Estado.
- Male, P. — *Psychothérapie de l'adolescent*. P. U. F., Paris, 1964.
- Male, P. — Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. *Confront. psychiat.*, 1971, 4, 7, 103-124.
- Manne, S. H. — A communication theory of sociopathic personality. *Amer. J. Psychother.*, 1967, 21, 797-807.
- Marrec, J. — L'homicide volontaire chez l'enfant. *Thèse Lyon*, 1943. Bosc et Riou, edit.
- May, A. R., Kahn, J. H., Cronholm, B. — La santé mentale des adolescents et des jeunes. *Cahiers de santé publique*, No. 41, O. M. S., Ginebra, 1971.
- McCord, W. y J. — *Psychopathy and Delinquency*. Grune y Stratton, Nueva York, 1956.
- Mecir, J. — Alkoholabus bei Jugendlichen. *Acta paedopsychiatria*, 1960, 3, 108-111.
- Meignan, P., Bouton, Thiry, Gans. — Quelques aperçus tirés d'une enquête à Nancy et en Meurthe-et-Moselle. *Sauvegarde, numéro especial*, 1951, 58-61.
- Merton, R. K. — *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Plon, Paris, 1965.
- Meyer, F. — Le concept d'adaptation. En *Les processus d'adaptation. Symposium de l'Association de Psychologie scientifique de Langue française*, p. 3-17, P. U. F., Paris, 1967.
- Michaux, L. — *L'enfant pervers*. P. U. F., Paris, 1952.
- Michaux, L. y Duche, J. — Nosographie et étiopathogénie des troubles du caractère chez l'enfant. En *Atti II^e Congresso Europeo di Pedopsichiatria*, 1963, 1, 43-74.
- Mittelman, M. — Considérations sur le gang juvénile. *Rev. Neuropsychiatrie infant.*, 1963, 11, 277-304.
- Money, J. — Psychologic findings associated with the XO, XXY, and XYY anomalies. *Sth. Med. J.*, 1971, 64, 1, 59-64.
- Morris, D. P., Soroker, E. y Burrus, G. — Follow-up studies of shy, withdrawn children. I. Evaluation of later adjustment. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1954, 24, 743-754.
- Mucchielli, R. — *Comment ils deviennent délinquants. Gèneses et développement de la socialisation et de la dyssocialité*. Ed. sociales francesas, 1965.
- Mutru, S., Constantinidis, J. — Contribution à l'étude des causes et du traitement de la délinquance. *Rev. Intern. de criminologie et de police technique*, 1960, 14/3, 163-179.
- Néron, G. — *L'enfant vagabond*. P. U. F., Paris, 1952.
- Nielsen, J. — Klinefelter's syndrome and the XYY Syndrome. *Acta Psychiat. Scand.*, suppl. 209, 1969.
- Nielsen, J. — Criminality among patients with Klinefelter's syndrome and the XYY syndrome. *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 117, 539, 365-369.
- Noel, J., Bouchard, Fr., Wolf, A. y Soulé, M. — Les adolescents très difficiles. *Psychiat. Infant.*, 1952, 8/2, 303-390.
- Noiset, M. G. — Discussion in *Les processus d'adaptation. Symposium de l'Association de Psychologie scientifique de Langue française*, 162-164, P. U. F., Paris, 1967.

- O'Neal, P. y Robins, L. N. — The relation of childhood behavior problems to adult psychiatric status: A 30 years follow up study of 150 subjects. *Amer. J. Psychiat.*, 1958, 114, 961-969.
- Ossicini, A. — Osservazioni su 60 casi di fughe. *Infanzia anormale*, 1954, 7, 365-382.
- Osterrieth, P. A. — Développement et adaptation. En *Les processus d'adaptation. Symposium de l'Association de Psychologie scient. de Langue française*, 83-103, Paris, P. U. F., 1967.
- Parrot, P. y Gueneau, M. — *Les gangs d'adolescents*. P. U. F., Paris, 1959.
- Pascalis, G.-J. — Contribution clinique à l'étude du déséquilibre psychique. Thèse, dacty. 238, Alger, 1958.
- Pavenstedt, E., dir. por — *The drifters children of disorganised lower-class families*. Little Brown and Cie, Boston, 1967.
- Petrilowitsch, N. — *Abnorme Persönlichkeiten*. Basilea, Karger, 1960.
- Piaget, J. — *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris, Alcan, 1932.
- Pichot, P. — En Le déséquilibre psychopathique et ses incidences médico-légales. Position sémiologique et nosographique. *Ann. intern. de criminologie*, 1963, 419-425.
- Potier, M. A. — Rapport sur les facteurs circonstanciels de la délinquance juvénile. II^e Congrès International de Criminologie, Paris, 1950.
- Prichard, J. C. — *A treatise on insanity and the other disorders affecting the mind*. London Scherwood, Gilbert and Piper, 1835.
- Rabinovitch, R. D. — Véase B. Karpman y cols.
- Redl, F. — The psychology of gang formation and the treatment of juvenile delinquents. *Psychoanalytic study of the child*, 1945, 1, 367-377 (citado por Roumajon).
- Repond, A. — La révision du concept de psychopatie constitutionnelle. *Arch. suisses Neurol. Psychiat.*, 1947, 59, 394-399.
- Rich, J. — Types of stealing. *Lancet*, 1956, 1, 496.
- Ricœur, P. — *Histoire et vérité*. Paris, Ed. du Seuil, 1955.
- Robin, G. — *Précis de neuropsychiatrie infantile*, 416 pág. Doin, edit., Paris, 1950.
- Robins, L. N. — *Deviant children grown up. A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1966.
- Roumajon, Y. — La délinquance infantile juvénile. *Psychiatrie Enfant*, 1/1, 256-260.
- Rubin, S. — Citado por L. Bovet, 1949.
- Ruocco, E. — Delinquenza giovanile e disattamento ambientale. *Infanz. anorm.*, 1953, 24, 2, 206-215.
- Rutter, M. L. — Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta psychiat. scand.*, 1972, 48, 3-21.
- Saccott, M. — Les aspects actuels de la prostitution des mineurs. *Sauvegarde de l'enfance*, 1971, 26, 3, 132-142.
- Schachter, M. — Étude clinico-psychologique et criminologique d'un cas d'infanticide perpétré par une mineure débile mentale. *Acta paedopsychiat.*, 1966, 33, 40-48.
- Schmideberg, M. — Psychotherapy of juvenile delinquents. *Intern. research newsletter in mental health*. Oct. 1959, 1/2-3, 1-2.
- Schmideberg, M. — The borderline patient. En *American Handbook of psychiatry*. Dir. por S. Arieti, 1, ch. 21.
- Schneider, K. — *Les personnalités psychopathiques*. P. U. F., Paris, 1955.
- Shirley, H. F. — Personality Disorders. En *Pediatric Psychiatry*, 594-606.
- Stone, F. H. — The antisocial child, pp. 242-245. En *Modern perspectives in child psychiatry*. Dir. por J. G. Howells. Publ. Oliver and Boyd, Edimburgo y Londres, 1965.
- Stovanovich, K. — Antisocial and dyssocial. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1969, 25/5, 561-587.
- Szabo, D. — *La délinquance juvénile. Bibliographie de 1945 à 1960*. UNESCO, 1963.
- Szabo, D. — *Contribution à l'étude de la délinquance juvénile. Les délits sexuels des adolescents à Montréal*. Université de Montréal et Fondation Richelieu, edit., 1960.
- Szurek, S. A., Johnson, A. B. y Falstein, E. I. — Collaborative psychiatric treatment of parent-child problems. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1942, 12, 511.
- Thompson, G. N. — *The psychopathic delinquent*. Thomas, Springfield, Ill., 1953.
- Thrasher, F. — *The gang*. University of Chicago Press, 1936.
- Tölle, R. — The mastery of life by psychopathic personalities. *Psychiatria clinica*, 1968, 1, 1-14.
- Tramer, M. — Psychopathies. En *Manuel de Psychiatrie infantile*, pp. 339-345. P. U. F., Paris, 1949.
- Trillat, E. — Les déséquilibrés. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 1955, t. II, 37 310 A 10.
- Ulmar, G. — Les voleuses adolescentes. *Rev. Neuro-psychiat. infant.*, 1970, 18, 6, 439-459.

TOXICOMANÍAS

- Veillard-Cybulsky, M. y H. — *Les jeunes délinquants dans le monde*, 238 pág. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1963.
- Verdeaux, G. y Verdeaux, J. — L'électroencéphalogramme des psychopathes. *Ann. intern. de criminologie*, 1963, 446-450.
- Visconti, L. — Studio bibliografico sulla delinquenza giovanile con particolare riferimento alle bande. *Infanz. anorm.*, 1961, fasc. 42, 191-220.
- Winnicott, D. W. — Psychotherapy of character disorders in adolescence. En *Atti I Congresso europeo di pedopsichiatria*, 1. Tipografia Porziuncolo, Asis, 1963.
- *
**
- L'enfance vagabonde*. — UNESCO.
- Aspects de la prévention de l'inadaptation juvénile et du dépistage des inadaptés. 3^e Congrès de l'U. N. A. R., 1951. *Sauvegarde de l'Enfance*, 1952, 7.
- Aspects de la prévention de l'inadaptation juvénile et du dépistage des inadaptés. 3^e Congrès de l'U. N. A. R., Marseille, oct. 1951. *Sauvegarde de l'Enfance*, marzo-abril, 1952, 7, 3-4.
- Fugues et vagabondage. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, mayo-junio, 1954.
- L'observation des jeunes inadaptés. 9^e Congrès de l'U. N. A. R., Strasburgo, oct. 1957, *Sauvegarde de l'Enfance*, 1, 2 y 3 enero-febrero, 5-400.
- La formation professionnelle et la mise au travail des jeunes inadaptés. 8^e Congrès de l'U. N. A. R. Toulouse, octubre 1956. *Sauvegarde de l'Enfance*, enero-abril 1957, 6-627.
- La délinquance juvénile. *Revue Neuropsychiat. infant.*, oct.-nov. 1964, 12/10-11. 579-690.
- Les processus d'adaptation. *Symposium de l'Association de Psychologie scientifique de Langue française*, por F. Bresson, Ch. H. Marx, F. Meyer, J. Nutin, P. A. Osterrieth y J. Piaget. Marsella, 1965, P. U. F., Paris, 1967.
- Prévention de la prostitution. Réadaptation des mineurs prostituées. *Journées d'études de l'A. N. R. S., Montrouge*, juin 1969. *Sauvegarde de l'enfance*, 1971, 26, 3, 143-157.
- La prostitution de mineurs. *Sauvegarde de l'enfance*, 1971, 26, 3, 129-170.
- Problèmes posés par le comportement social déviant et la délinquance chez les adolescents et les jeunes adultes. *Rapport d'un Groupe de travail réuni par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, Helsinki*, junio 1972. Copenhague, 1973.
- Bourdeau, A., Chaloult, L., Huot, J., Leblanc, J., Marquis, P. A. y Bernard, J. M. — *Toxicomanies autres que l'alcoolisme*. Encycl. Médicochirurg., Psychiatrie, 37 396 A 10, Paris, 1972.
- Calanca, A., Ladewig, D., Samitca, D. C. y Uchtenhagen, A. — Méthadone, miracle ou mirage? *Méd. et Hyg.*, 1973, 1050, 515-516.
- Chein, I. — Narcotics use among juveniles, En *Narcotic addiction*, O'Donnell, J. A. y Ball, J. C., dirs.; Nueva York, 1966.
- Cohen, S. — *LSD 25*. Gallimard, Paris, 1966.
- Cordeiro, J. C. — Psychothérapie intensive d'un groupe de morphinomanes. *Congrès int. sur l'alcoolisme et les toxicomanies*, Section C. 9. Amsterdam, 1972.
- Cordeiro, J. C. — Une nouvelle perspective dans le traitement des toxicomanes: la relaxation. *Ann. médicopsychol.*, 1972, 1, 11-17.
- Defer, B. — Des drogues, des adolescents et des sociétés. *Inform. psychiat.*, 1971, 7, 569-588.
- Delteil, P. — Étude psychanalytique des toxicomanes. *Inform. psychiat.*, 1971, 7, 619-624.
- Durand-Dassier, J. — *Psychothérapie sans psychothérapeute (communautés de drogués et de psychotiques)*. L'Épi, Paris, 1970.
- Einstein, St., Jones, F. — Group therapy with adolescent addicts: use of a heterogeneous group approach, 132-147. En *Drug addiction in youth*, Harms, V., dir.; Pergamon Press, Nueva York, 1965.
- Kalant, H., Kalant, O. J. — *Drogues, société et option personnelle*. La Presse, Montreal, 1973.
- Laskowitz, D. — Psychological characteristics of the adolescent addict, 67-85. En *Drug addiction in youth*, Harms, E., dir.; Pergamon Press, Nueva York, 1965.
- Müller, U., Ruppen, R., Baumann, U. y Angst, J. — Mehrdimensionale Klassifikation des Drogenkonsums bei Jugendlichen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1972, 216, 255-264.
- Nahas, G. G. — Pharmacologie clinique du *Cannabis sativa* et plus particulièrement du delta-9-THC. *Bull. Stupéf.*, 1973, 1, 9-41.
- Olivenstein, C. — *La drogue*. Ed. Univ., Paris, 1970.
- Olivenstein, C. — *La drogue; drogues et toxicomanes*. Ed. Univ., Paris, 1970.
- Pelicier, Y. — *La drogue*. P. U. F., Paris, 1972.

- Rado, S. — The psychoanalysis of pharmacothymis (drug addiction). *Psychoanal. Quart.*, 1933, 2, 1-23.
- Segond, P. — Sondage sur l'usage de "drogue" par les mineurs de 21 ans faisant l'objet d'une mesure d'interdiction judiciaire. *Annales de Vaucresson*, 1969, 7, 68-131.
- Segond, P. — Réunion restreinte du Comité scientifique consacrée à une réflexion sur les premiers résultats de l'Enquête sur l'usage de drogues par les mineurs de justice. *Centre de Formation et de Recherche de l'Éducation surveillée. Vaucresson*, 1972. Manuscrito no publicado.
- Shafer, R. P. — Drug Use in America; Problem in Perspective. *Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse*. U.S. Government Printing Office, Washington D. C., 1973.
- Sjoqvist, F. y Tottie, M. — *Abuse of central stimulants*. Almqvist et Wiksell. Estocolmo, 1969.
- Smart, R. G., Fejer, D. y White, J. — The extent of drug use in Metropolitan Toronto Schools. *Addictions*, 1971, 18, 1-17.
- Solms, H. — Le médecin praticien face aux toxicomanies juvéniles. *Méd. et Hyg.*, 1972, 30, 199-203.
- Solms, H., Feldmann, H. y Burner, M. — Jeunesse—Drogue—Société—en Suisse 1970-1972. Augmenté de quelques documents de l'étranger. Ed. *Méd. et Hyg.*, Ginebra, 1972.
- Vengos, P. — Phénoménologie dynamique d'un groupe de polytoxicomanes graves. *Thèse No 3319*. Faculté de Médecine, Ginebra, 1973.
- Vittenborn, J. R., Brill, H., Smith, J. P. y Wittenborn, S. A. — *Drugs and Youth*. Ch. Thomas, Springfield, Ill., 1969.
- *
* *
- Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Imprimeur de la Reine pour le Canada, Ottawa, 1970.
- O. M. S. Comité d'experts de drogues engendrant la pharmacodépendance. *Série de rapports techniques*, n.º 407, Ginebra, 1969.
- O. M. S. Rapport d'un groupe scientifique de l'O. M. S.: L'usage du cannabis. *Série de rapports techniques*, n.º 478, Ginebra, 1971.
- O. M. S. Rapport d'un groupe d'étude de l'O. M. S.: La jeunesse et la drogue. *Série de rapports techniques*, n.º 516, Ginebra, 1973.

CAPÍTULO XXVI

LOS NIÑOS, VÍCTIMAS DE AGRESIÓN EN EL GRUPO SOCIAL Y FAMILIAR

En su debilidad el niño puede ser víctima del adulto. El adulto puede encontrar en el niño una víctima fácil que le permite satisfacer su agresividad o sus deseos. Esto puede producirse en el grupo social general (crueldades entre camaradas, ritos de iniciación entre adolescentes, crueldad de maestro a alumno, etc.) o en el grupo familiar. En ciertos grupos sociales el niño puede hallarse especialmente en peligro físico y moral, y la sociedad debe defenderle separándolo de sus agresores. Las conductas a seguir sólo pueden definirse después de una encuesta psicosocial esmerada, porque si frecuentemente los atentados contra el niño están camuflados por un halo de respetabilidad familiar, es difícil averiguarlo; otras veces, las acusaciones del niño pueden estar sujetas a caución.

Valor del testimonio del niño.— El testimonio en el adulto puede ser erróneo por razones simplemente intelectuales: memoria, atención, etc., o por razones emotivas y afectivas; puede ser desvirtuado por "escotomización" o por proyección de los elementos de la personalidad del testigo. Es evidente que el valor del testimonio en el niño resulta aún más complejo, pues sabemos que antes de llegar al período de la racionalización de la concepción del mundo, se da en el niño una especie de confusión entre lo que es interno y lo que es externo, pasando por un período de animismo y de artificialismo antes de llegar al período racional. Por otra parte, los estudios psicoanalíticos mostraron hasta qué punto es rica la vida fantasmática del niño y cómo se confunden a veces realidad y ficción, por poco que se induzca el ensueño del niño o que se le sugieran respuestas que van a la par con sus deseos. S. Freud relata en *Mi vida y el psicoanálisis* cómo, al principio de sus investigaciones, basándose en las declaraciones de los niños en las que tenía fe, creyó que la seducción precoz por un adulto constituía la fuente de neurosis ulteriores. Más tarde se retractó y sacó la conclusión de que los síntomas neuróticos no respondían a eventos reales, sino a fantasmas de deseos.

No hablaremos aquí del problema general del valor del testimonio del niño a propósito de un crimen o de un delito, ni de las autoacusaciones de jóvenes desequilibrados deseosos de hacerse interesantes o de los niños que se acusan por declarar inocente a un padre o a un amigo que saben o creen culpable, problema que entra en el cuadro de la mentira o de la fabulación infantil, estudiada por J. M. Sutter. Al lado del niño que se acusa, forma relativamente rara, es más frecuente la forma del niño que acusa o que confirma las acusaciones de los adultos. Es algo a tener en cuenta cuando se trata de los atentados contra los niños, atentados de orden físico (brutalidad) o sexual (M. Schachter). Las personas acusadas son los padres, los vecinos, el maestro o personas desconocidas o simplemente imaginarias. Las calumnias pueden ser el fruto de un ensueño o de una actividad imaginaria y fabulatriz que se concretiza en el acto de la calumnia. Otras veces se trata de una jactancia compensatoria a fin de hacerse valer; otras veces incluso se presenta en

forma de reacción vengativa, de agresividad consciente o inconsciente o de un deseo reprimido hacia una persona amada por insatisfacción o celos. Hay que conocer estos hechos, pues aunque los atentados contra los niños son relativamente frecuentes y especialmente indignantes, lo son en cuanto tales y en cuanto consecuencias de nuestras propias proyecciones; hay que saber, antes de juzgar demasiado fácilmente al adulto que, inversamente al dicho popular, la verdad no siempre sale de la boca del niño. A veces se tiene la impresión de que el niño siente este "inconsciente colectivo" que origina el escándalo y la reprobación que determinada prensa se encarga de explotar.

Sin embargo, no hay que olvidar que esta fragilidad del testimonio del niño puede ser utilizada a veces por los padres o el agresor para invalidar las declaraciones del niño.

A. — EL NIÑO MALTRATADO

Hay que distinguir entre "niño descuidado" al que faltan cuidados físicos, y "niño maltratado" que puede sin embargo estar limpio, bien alimentado y bien vestido; pero en algunas condiciones socioeconómicas, un niño puede estar a la vez descuidado y maltratado.

El problema de la brutalidad para con los niños dentro del grupo familiar, merece ser estudiado. Numerosos niños sufren y mueren cada año del síndrome polifracturario llamado "de los niños apaleados". Muchos niños resultan irremediamente marcados en su carne y en su espíritu, y los médicos deben saber que este síndrome (tal como lo han descrito C. Kempe, F. Silverman, P. Steele, W. Droegmuller y H. Silver en un resonante informe medicopsiquiátrico, publicado en 1962) "constituye una causa frecuente de invalidez permanente y de muerte, y que debe considerarse siempre que un niño presente cualquier fractura, hemorragia meningítica, heridas o hematomas múltiples, trastornos atípicos del crecimiento, y siempre que un niño muera repentinamente y siempre que la importancia y la naturaleza de las heridas que presente no correspondan al relato que haga la familia de las circunstancias del accidente".

Desde esta época, son centenares las publicaciones aparecidas. Se hallarán informes generales sobre el tema en el libro de R. E. Helser y D. H. Kempe (1968), en el de A. E. Skinner y R. N. Castle (1969), en los artículos de P. Strauss y A. Wolf (1969) y de N. Lukianowicz (1971).

Actualmente, el "síndrome del niño maltratado se ha convertido en un complejo bien definido de síntomas clínicos clásicos pero, desgraciadamente, como dice N. Lukianowicz (1971), no se tienen bastante en cuenta los daños causados por las frecuentes heridas en los tejidos blandos externos y en los órganos internos, presentes en el 77% de los casos de A. E. Skinner y R. N. Castle, mientras que el síndrome clásico sólo aparece en el 55% de los niños de su muestra. El mismo N. Lukianowicz trata a niños "gravemente maltratados físicamente".

A título de información, se han puesto de manifiesto en los niños que padecen del síndrome de los niños golpeados, además de las lesiones óseas puestas en evidencia por los exámenes radiológicos, lesiones buconasales y anomalías oculares. Las secuelas óseas son de diverso orden: encorvamiento de la diáfisis humeral, limitación de los movimientos del codo, deformaciones de los dedos, coxavara, deformación de las vértebras lumbares. Los golpes buconasales comportan: destrucciones y cicatrices del velo, lisis del tabique nasal. Los daños oculares se caracterizan por puentes atróficos en la periferia del campo retiniano temporal. Según P. Marotaux y colaboradores aunque este síndrome aparece en determinados casos en niños realmente

golpeados, en otros no se halla la noción de malos tratos voluntarios, siendo éstos la consecuencia de manipulaciones demasiado enérgicas. Sin embargo, hay que desconfiar de las declaraciones de los padres pues o bien minimizan su brutalidad (a veces uno de los padres, bajo el efecto del temor, la niega con conocimiento de causa) o bien no se reconoce a la brutalidad como tal; consideran que su actitud es educativa o que es la consecuencia de su autoridad indispensable.

El diagnóstico es muchas veces difícil debido a la temprana edad o al miedo que tienen los niños a confiarse demasiado a menudo a causa de una especie de "rechazo de ver" del médico, haciéndose el diagnóstico diferencial esencialmente sobre las discordancias entre las declaraciones de los padres y las características de la lesión. Muchas veces se confundieron estos casos con una fragilidad ósea constitucional o una púrpura trombopénica.

La frecuencia es muy difícil de evaluar. D. G. Gil (1968) encuentra diferencias muy grandes según los métodos de investigación. En la Alemania Federal se estimó en 8.000 por año el número de niños maltratados sobre una población de 55 millones de habitantes (W. Becker, 1968); en los Estados Unidos, se estima que el 15% por lo menos de todos los niños atendidos en urgencias pertenecen a la categoría de los niños maltratados (G. V. Laury, 1970).

La totalidad de los casos de los niños golpeados observados por J. M. Grislain (32) "conciernen a los niños no escolarizados, es decir que los autores de los malos tratos pertenecen al medio ambiente familiar, en el amplio sentido del término: padres, padres políticos, colaterales de mayor edad, queridos, amas de cría. El reparto de las lesiones clínicas es la siguiente: fracturas, 9 casos (3 aislados, 6 polifracturados); lesiones cutáneas y subcutáneas, 8 casos; lesiones cutáneas, fracturas, 4 casos, de los que 1 fue mortal; lesiones traumáticas cerebromeningeas, 8 casos (4 hematomas subdurales, 2 hemorragias meníngeas traumáticas con 1 mortal, 2 meningitis serosas); 3 hipotrofias graves.

Los estudios llevados a cabo sobre familias en las que sobrevienen malos tratos hacia los niños pusieron a veces de relieve condiciones socioeconómicas desfavorables o alcoholismo. J. R. Grislain y cols. observan que, según las estadísticas de los tribunales de los niños de la región de Nantes, el 90% de los dossiers de inhabilitación paterna hace referencia al alcoholismo de los padres. Por contra, B. J. Steele y C. B. Pollock (1968) no hallan diferencias entre sus pacientes y la población general desde los puntos de vista socioeconómico y nivel intelectual (C.I. 70-130); el alcoholismo no tiene en su grupo relación directa con los episodios de malos tratos en los niños.

Habitualmente es uno de los padres quien manifiesta brutalidad hacia el niño; en la serie de B. J. Steele y C. B. Pollock (1968) se trataba de la madre en 50 casos, del padre en 7 casos; en la de N. Lukianowicz, la madre era brutal en el 80% de los casos; en la de A. E. Skinner y R. N. Castle, lo era en el 56% de los casos y el padre, en el 44% en el estudio de T. G. Gil, había una ligera preponderancia de las madres (53%), pero un cuadro inverso para los incidentes fatales (53% de los padres).

Perfil psicológico de los padres. — En la tesis de R. Rabouille (1967), sobre 67 casos de niños víctimas, los padres de familia son alcohólicos en el 46% de los casos; las madres, en el 16,4%; los dos padres, en el 11,9%; el 23,8% de las madres son débiles; el 67,7% de las familias tienen de 4 a 9 hijos. En realidad, según P. Strauss y A. Wolf, muchos padres no son ni débiles, ni étlicos, ni miserables.

Como indican B. J. Steele y C. B. Pollock, los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos "inmaduros", "impulsivos", "dependientes" "sadomasoquistas", "egocéntricos", "narcisistas", "exigentes"; estos adjetivos son apropiados; sin embargo, estas características están tan difundidas entre la población general, que constituye un débil apoyo para una comprensión específica. También han buscado estos autores un "modelo" constante de comportamiento de estos padres, que puede existir con otros trastornos psicológicos, aunque también independientemente de ellos,

y que correspondería a un modelo específico de educación que se encontraría en la propia historia de los padres. Describen dos elementos básicos: espera y exigencia opuesta por parte del padre para el rendimiento del niño de pecho; falta de consideración por parte del padre para con las necesidades propias del pequeño, de sus capacidades limitadas, de su impotencia. I. Kaufman, dicen, ha descrito el mismo fenómeno con los términos de "distorsión de la realidad" por el padre y de "percepción aberrante del niño pequeño": "el niño no es percibido por el padre, sino sólo una cierta figura delirante", "puede ser percibido como la porción psicótica del padre que éste desea dominar o destruir". El padre obra a veces como si fuera un niño asustado, desamado, que busca en su propio hijo un adulto capaz de procurar amor y consuelo ("inversión del rol", de M. G. Morris y R. W. Gould). "Otros padres extremadamente infantiles que desean ser bebés, muestran un resentimiento contra la dependencia y las necesidades de su hijo y expresan este resentimiento por vías hostiles; proyectan sus dificultades sobre su hijo y tienen la impresión de que el niño es la causa de las mismas" (I. Kaufman).

R. Gladston (1971) considera que estos padres no difieren de los otros por la cantidad o la calidad de su potencial de violencia, sino que han fracasado en el dominio de este potencial, por no haber adquirido la capacidad de abstraer, de simbolizar y de desplazar la cólera derivada de la frustración de sus deseos. Se sienten ofendidos por sus hijos pequeños preverbales porque éstos les recuerdan una situación pasada personalmente frustrante que ellos mismos no fueron capaces de dominar y asimilar.

Podemos señalar particularmente en estos padres: una noción aberrante de las necesidades de las capacidades de comprensión de los niños; una vivencia de las actitudes de su hijo como una rebeldía dirigida contra ellos, el no reconocimiento de los deberes hacia sus progenitores, la no sumisión a la autoridad que ellos se han atribuido; una actitud educativa rígida, rigurosa y punitiva, que es de hecho una defensa contra el temor de que ellos se desvíen del camino recto; una proyección de sus propios conflictos y una falta de la metabolización de sus tendencias agresivas.

El paso a la acción depende de circunstancias diversas. Según la edad, puede tratarse en el niño pequeño de gritos, lloros o rechazo de la regulación de las funciones fisiológicas elementales (alimentación, esfínteres, etc.), en el niño de más edad de inestabilidad o de todo elemento considerado como oposición. A veces el niño es la cabeza de turco de las reacciones agresivas interconyugales o maltratado porque interfiere las disputas de la pareja. Las más de las veces uno de los cónyuges acepta pasivamente o incita al otro a castigar.

Vemos que, en la mayor parte de los padres, los malos tratos no van acompañados de culpabilidad porque se sienten en su derecho, pero en algunos las reacciones de agresividad características pueden ir acompañadas con un cierto desconcierto y sentimiento de falta. Según N. Lukianowicz, la madre no intenta disimular su hostilidad y odio hacia el niño.

Perfil psicológico de los niños maltratados.— El niño maltratado puede reaccionar de una manera pasiva o reactiva, pudiendo aumentar en ambos casos la agresividad del padre. El mayor peligro estriba en que la brutalidad se integre en una fórmula de diálogo aceptado por el agresor y la víctima.

Según N. Lukianowicz, durante el examen el niño es habitualmente apático, retraído, no habla, parece cansado, triste y de mayor edad de la que tiene; puede presentar un aspecto desilusionado o su cara puede ser inexpressiva y exenta de emoción. A veces, es evidente que el niño tiene miedo de su madre.

A corto plazo, los efectos de los malos tratos en el niño son: un cambio de apariencia y de conducta, un cambio de actitud hacia el padre brutal, claro exponente del miedo y de los síntomas de *stress* emocional —enuresis diurna o nocturna y encopresis, rechazo de los alimentos, vómitos, etc.

Estudiando los niños y su familia en un centro diurno especial de protección de niños preescolares, R. Galdston observa que estos niños toleran muy fácilmente la separación de la familia.

Aunque inicialmente se presentan como apáticos y faltos de interés, más tarde adoptan una conducta violenta que parece constituir la expresión del deseo de ser reconocido personalmente por un adulto a través de la descarga de energía muscular (las actividades violentas son menos acentuadas en las muchachas que en los muchachos). Además, manejan muy mal su cuerpo, sin que esto esté necesariamente en relación con un trastorno neurológico, pues los trastornos de la coordinación y de la habilidad motora desaparecen al cabo de algún tiempo de tratamiento. La interrupción de la frecuentación de este centro, aunque sea durante algunas semanas o incluso durante el fin de semana, puede engendrar una regresión con pérdida de las habilidades recientemente adquiridas. Estos autores señalaron como otra característica una denegación activa de la existencia o de la presencia del otro. La acción terapéutica de este centro, en la que participan los padres, parece positiva, sin que se pueda afirmar claramente si esto está en relación con una identificación con el entorno, una imitación con el simple reconocimiento por el adulto de la existencia del niño.

Problemas médico-jurídicos.— Actualmente, se han promulgado en casi todos los países legislaciones especiales a fin de prevenir los malos tratos contra los niños y detectar los padres brutales. En Francia, este problema fue objeto de una importante discusión en la Asamblea Nacional (7 de mayo de 1971) que abocó en la modificación de los artículos 62 y 378 del Código penal. En lo sucesivo, 1) un ciudadano con conocimiento de malos tratos infligidos a menores de 15 años deberá notificarlo a las autoridades administrativas si no quiere incurrir en las penas previstas en el artículo 62; 2) los médicos con conocimiento de malos tratos a los niños están desligados del secreto profesional (apartado del artículo 378).

Desde el punto de vista legal, en la mayor parte de países, los padres pueden ser condenados por malos tratos sobre sus hijos y puede tomarse la decisión de separar al niño del marco familiar. Pero, como dicen Steele y Pollock, si la separación es útil y a menudo absolutamente necesaria, los problemas básicos no están por lo mismo resueltos; una psicoterapia de los padres, dirigida esencialmente hacia una mejora de sus concepciones sobre la educación de los niños, ha sido intentada por estos autores con resultados desalentadores en las tres cuartas partes de los casos.

B. — EL INFANTICIDIO

El infanticidio es un fenómeno complejo cuya patogenia es diferente según la edad de la víctima. Algunos designan con el término de infanticidio cualquier asesinato de niño, mientras que para otros el "infanticidio" corresponde al término general de asesinato de un niño, correspondiendo al término "filicidio" al asesinato del niño por su madre o su padre y el término "neonaticidio", al asesinato de un recién nacido.

En algunos países (Reino Unido, Dinamarca), el asesinato de un niño por su madre durante el parto o poco después se considera como asesinato involuntario, mientras que el asesinato de un recién nacido por su padre o el asesinato de niños de mayor edad por sus padres es designado asesinato voluntario y castigado como tal.

Desde un punto de vista general, el infanticidio fue estudiado por G. McDermaid y E. G. Winkler (1955), J. Delay y cols. (1957), L. Adelson (1961), T. Harder (1967), S. A. Myers (1967) y N. Lukianowicz (1971). Se encontrará una revisión antropológica, mitológica y literaria en el trabajo de E. S. Stern.

El neonaticidio. — El neonaticidio (asesinato de un recién nacido en el nacimiento) es una forma de filicidio. Fue detenidamente estudiado por P. J. Resnick (1970), M. Brovsky y H. Falit (1971). Son sobre todo las madres las que lo cometen; los métodos empleados son sobre todo la sofocación, pero asimismo el traumatismo craneano, el ahogamiento y el puñal. Se trata en general de madres relativamente jóvenes, primerizas e inmaduras, de las que sólo el 19% están casadas (para los otros filicidios, están casadas el 88%). Las madres neonaticidas presentan trastornos psicóticos y depresivos en un porcentaje de casos mucho menor que las otras madres filicidas, no dándose en ellas ninguna tentativa de suicidio. Entre los motivos invocados por la madre, el más importante es el del niño no deseado (83% de los casos). Según P. J. Resnick, desde el punto de vista psicológico se pueden describir dos grupos de madres: las madres del primer grupo se caracterizan sobre todo por el rechazo del embarazo y la inmadurez, y según M. Brozovsky y H. Falit, en el momento del parto, enfrentadas con la realidad e incapaces de utilizar la negativa, se desorganizan de manera aguda y cometen el asesinato de su hijo. En el segundo grupo, mucho más raro, el crimen es habitualmente premeditado; comprende a las jóvenes dotadas de fuertes impulsos instintivos y pocas restricciones éticas; son más duras, egoístas e inteligentes que las del primer grupo.

Hemos visto que son las madres las que cometen sobre todo el neonaticidio, pero P. J. Resnick muestra casos de neonaticidios paternos, uno de ellos cometido por un retrasado mental y el otro, por un hombre de apariencia normal, pero convertido en esquizofrénico tres años más tarde.

El filicidio. — P. J. Resnick (1969) hizo una revisión mundial de la literatura sobre el filicidio y muestra que el asesino es la madre en 88 casos (de las cuales el 88% están casadas) y el padre en 43 casos. El filicidio sobreviene sobre todo en el transcurso de los seis primeros meses después del parto. Las madres ahogan, sofocan o matan con gas la mayoría de las veces, mientras que los padres tienden a utilizar métodos más activos tales como golpear, aplastar, apuñalar.

Una forma especial es la denominada "muerte en la cuna" o "S. U. D." (muerte repentina inesperada en el bebé), cuyo número sería de 20.000 a 30.000 por año en los Estados Unidos, y que se caracteriza por un fallecimiento descubierto, se dice, accidentalmente, considerado como una muerte debida a la asfixia, pero que St. S. Asch y muchos autores según él consideran como infanticidios camuflados, constituyendo a menudo la expresión de una depresión postpartum en la madre.

Según los motivos aparentes, P. J. Resnick propone la clasificación del filicidio en "altruista", "psicótico agudo", "hijo no querido", "accidental", "venganza de esposo". "El infanticidio altruista" es clásico (G. Perrussel, 1923); ya mencionado por Ph. Pinel y E. Esquirol, es definido por G. Perrussel como un homicidio cometido en interés de la víctima, por amor maternal, filial o conyugal, con la convicción de que

sólo la muerte puede evitar a la víctima un destino peor que la muerte. T. Harder se pregunta hasta qué punto esto no oculta un rechazo o una verdadera incapacidad de establecer buenas relaciones maduras con el hijo o un miedo de no ser capaz de cumplir las funciones maternas. En dos tercios de los casos de infanticidio los sujetos muestran signos de rechazo o de amor exagerado hacia los niños. Este autor está de acuerdo con M. Schachter (1958) quien, dejando de lado el altruismo, juzga que es más apropiado considerar el infanticidio como una de las vías por las que una actitud inhumana puede manifestarse contra un hijo.

La mayoría de los casos publicados corresponden a estados psicóticos y depresivos, y a menudo a una psicosis postpartum.

G. McDermaid y E. G. Winkler subrayaron en el síndrome de "depresión obsesiva centrada en el hijo" que el filicidio puede ser una excepción en la creencia general de que las ideas obsesivas no son "obradas".

Muchos autores hicieron una comparación entre depresión, suicidio y filicidio (St. S. Asch, J. C. Rheingold). Según St. S. Asch que estudió el mecanismo de la depresión del postpartum, hay en las mujeres normales, en el momento del postpartum, una crisis de depresión muy débil que responde a un sentimiento de pérdida, pero determinadas depresiones del postpartum y otras psicosis puerperales pueden desarrollarse en las mujeres que no fueron capaces de hacer frente de manera adecuada a problemas de pérdida y de separación en el transcurso de su propia infancia (hipótesis asimismo de J. C. Rheingold). Por esto no son capaces de aceptar la pérdida del bebé, es decir de una parte de ellas mismas, en el proceso del parto y de entrar en relación con él de una manera normal, madurativa y amante; otras mujeres pueden desarrollar una necesidad de destruir algo que resienten como una parte mala de sí-mismas, estando identificada dicha parte mala con el bebé y experimentada como un cuerpo extraño, siendo incapaz la mujer de entrar en relación con él en calidad de objeto a amar.

J. Delay y cols., considera que el tipo de infanticidio más frecuente es el suicidio colectivo, que no es privativo exclusivamente de los melancólicos pero que puede observarse igualmente en personas que presentan un carácter histérico.

El infanticidio a cargo de padres esquizofrénicos responde a motivaciones diversas: va a la par con las ideas de suicidio (observándose una oscilación entre suicidio y asesinato), con ideas sacrificiales a fin de salvar el conjunto de la familia (con la posibilidad de que el enemigo y la víctima se confundan en determinados casos en la persona del hijo), o constituye un acto impulsivo intitulado asesinato catatónico o puede ser dictado por alucinaciones. Determinados autores describen un infanticidio por pasividad: la madre deja morir al niño por falta de cuidados y no se ve afectada por su muerte.

La actitud de la sociedad hacia los homicidas, muy severa antiguamente, lo sigue siendo para los hombres, mientras que las mujeres son frecuentemente absueltas. La noción de amor materno está tan enraizada que no se comprende bien cómo una madre puede matar a su hijo, de otro modo que por razones profundamente patológicas o bajo el peso de una emoción, y muy a menudo por amor. Señalemos que según S. A. Myers, son muchos los padres infanticidas que se suicidan.

El infanticidio no filicida. — El infanticidio puede ser ejecutado por niños. En una investigación de L. Adelson (1972), cinco bebés de menos de 8 meses fueron muertos (traumatismos craneanos) por niños de 2½ a 8 años. Un sentimiento de rechazo y de rivalidad hacia un hermano o una hermana, o un resentimiento contra la presencia de un niño pequeño que amenazaba el sentimiento de seguridad, el sitio o la prioridad en el hogar acarreó la provocación de una violencia letal.

En la revisión de S. A. Myers (1967), se hallan 40 infanticidios, de los que 8 lo son por personas de la familia, 19 por conocidos y 3 por extraños. Se trata de malos tratos que abocan en la muerte o que se producen a continuación de atentados sexuales o de raptos.

Las ideaciones de infanticidio. — Constituyeron el objeto de las investigaciones de E. S. Stern (1948), E. J. Anthony (1959), A. H. Chapman (1959), H. M. Feinstein y cols. (1964), J. H. Button y R. S. Reivich (1972). Los casos de *obsesión de infanticidio* analizados por A. H. Chapman son muy especiales. Los trastornos aparecen entre los 25 y los 35 años por término medio y los niños objeto de estas ideas tienen en general menos de 10 años. Esta obsesión se halla a veces en el padre. Se encuentra en el 14% de los casos del grupo de J. H. Button y R. S. Reivich. En uno de nuestros casos, la obsesión apareció después de la adopción del niño; este enfermo teme matar a su mujer y a su hijo adoptivo. Es muy ambivalente; deseó adoptar un niño para la continuidad de la pareja y ahora tiene la impresión de ser reemplazado por el niño cerca de su mujer.

En los casos de A. H. Chapman, se trata de madres que temen perder el control de sí-mismas y cometer actos homicidas apuñalando, decapitando o estrangulando a su hijo. Se representan el acto y sus consecuencias con una ansiedad muy grande. Generalmente, son mujeres muy pasivas que nunca tienen reivindicaciones; son asimismo pasivas hacia su hijo; la mayoría de las veces padecieron una educación muy rígida y se rebelan contra ella. Las ideas de infanticidio y el "temor de volverse loca" constituyen a la vez la expresión de una hostilidad respecto de sus propios padres y el castigo por tales sentimientos.

El trabajo de J. H. Button y R. S. Reivich se refiere a 42 casos con ideación de infanticidio grave como síntoma principal. Se trata de estados esquizofrénicos alrededor del 50% de la población estudiada, de depresiones en el 26% de los casos y de estados obsesivos-compulsivos en el 16%. En el 53% de las mujeres, el comienzo del síntoma sobrevenía durante el último trimestre del embarazo o en los seis meses después del parto. En determinados casos se habían comprobado *stress* biológicos, mientras que los *stress* psicosociales no eran significativos.

Es típico decir que los obsesivos no pasan nunca al acto. G. McDermaid y E. G. Winkler lo refutan. En sus casos de infanticidio, parecería que el estado psicopatológico primario era una depresión más bien que un conflicto neurótico típico; el estado depresivo debilitaba el Yo, con una interferencia de las fronteras entre el Sí y bebé, creando impulsos suicidas, desplazados hacia el niño.

Según su experiencia de terapia de grupo con 12 "mujeres homicidas" (con ideas mortíferas hacia sus hijos), E. J. Anthony divide a sus pacientes en cuatro grupos de acuerdo con lo que él llama distancia psicológica entre el impulso y la acción. En el primer grupo, esta distancia es bastante grande: se trata de neurosis obsesivas; el segundo grupo en que la distancia es más pequeña recibe el nombre de "neurosis de angustia mixta"; el tercer grupo muestra fuertes rasgos depresivos cuyas características son equivalentes a las de las madres infanticidas del postpartum; el cuarto grupo, que clasifica como psicópatas explosivos, se caracteriza por una agresión libremente flotante, y en estos casos la distancia entre pensamiento y acción es prácticamente inexistente.

Visto el peligro de pasar al acto, J. H. Button y R. S. Reivich consideran, en el caso de ruptura del funcionamiento de la personalidad que se manifiesta por una franca depresión en el grupo obsesivo-compulsivo o de las personalidades borderline con un cuadro esquizofrénico más o menos típico, que hay que emprender una terapéutica activa: psicoterapia de sostén para todos y tratamiento antidepressivo (electroshock o medicación antidepressiva) o antipsicótico. Los resultados son en general buenos (en el 80% de los casos) con un retorno al estado premórbido.

C. — LOS ATENTADOS SEXUALES CONTRA LOS NIÑOS

I. — LA PEDOFILIA

En una encuesta hecha en Canadá, D. Szabo ha señalado que la edad de las víctimas de personas condenadas por delito sexual es, en el 43% de los casos de menos

de 13 años. A. Friedemann subraya en su estudio que el 12% de las víctimas de atentados contra el pudor tienen menos de 7 años, el 16% están en el período de latencia sexual (edad escolar), el 50% en la prepubertad y la pubertad, y el resto en la adolescencia. La tasa relativamente baja para el adolescente se explica por el porcentaje de matrimonios contraidos prematuramente, que ocultan un gran número de violaciones y de ultrajes a las costumbres.

Los *tipos de actividades pedófilas* son variados, bien el exhibicionismo en una plaza, a la salida de un pueblo, de las escuelas, etc., bien actividad homosexual o heterosexual que va desde el simple tocamiento (caricias y tocamientos del niño a petición de masturbación o fellatio) a la violación aceptada más o menos pasivamente y, en fin, a la violación agresiva propiamente dicha o a la sodomía.

Personalidad del agresor. — Su edad se escalona de la adolescencia hasta la vejez. En el adolescente, la temprana edad de los niños víctimas y la selección de uno u otro sexo como víctima implica actitudes sexuales amorfas indiferenciadas, no suponiendo necesariamente una orientación fija (M. Schoor y otros); los intentos de penetración vaginal son raros; son más frecuentes la fellatio, la sodomía o las caricias generales del cuerpo. En los viejos, es más corriente las caricias y el exhibicionismo. El verdadero ataque sexual con penetración vaginal o sodomía así como el exhibicionismo no son raros en los sujetos adultos. Estudiando las características generales de estos delincuentes, R. Wyss, en un estudio realizado sobre 160 delincuentes, señala que la relación entre procedentes de medios rurales y de ciudades corresponde a la de la población general; en su parentesco se encuentra una fuerte carga hereditaria psiquiátrica, y desde el punto de vista social un predominio de los niveles bajos. Es necesario señalar que el número de hijos ilegítimos entre estos delincuentes es el doble del de la población general. Colocándose en una perspectiva nosográfica, R. Wyss señala (confirmando con ello las proporciones descritas por otros autores) un 42% de psicópatas, 36% con perturbaciones neuróticas, 21% de oligofrénicos y 12% de alcohólicos crónicos. En ocasiones, sus actos delictivos son únicamente sexuales, otras veces la actividad sexual entra en el cuadro de una delincuencia más generalizada. Frecuentemente estos sujetos tienen una vida sexual anormal, bien porque sean célibes, con pocas experiencias sexuales, casados con una mujer enferma o que obtengan poca satisfacción sexual del matrimonio; la mayoría de las veces son inmaduros desde el punto de vista sexual y afectivo, y la noción de hipererotismo está lejos de ser confirmada en todos los casos. Para R. Wyss, los pedófilos no son perversos en el sentido de Giese, sus fantasmas tienen un fin y un objeto normal, pero tienen dificultades en su realización por perturbaciones del desarrollo. Se trataría de pseudoperversión, es decir, de un conjunto de alteraciones muy heterogéneas de la personalidad. Debe señalarse, además que las actividades son a menudo recidivantes con personas por otra parte diferentes. D. W. Swanson, según el estudio de los casos de la literatura y de sus observaciones personales, admite que la personalidad de los agresores es extremadamente polimorfa. En su evaluación se destacan los diagnósticos psiquiátricos siguientes: trastornos de la personalidad: 68%; síndrome cerebral crónico o subnormalidad mental: 16%; psiconeurosis: 8%; reacción esquizofrénica *borderline*: 4%; sin invalidez psiquiátrica: 4%. Este autor sugiere que la tendencia a tener contacto sexual con niños puede ser considerada como un *continuum* que va desde el individuo para quien el niño representa el objeto sexual de elección (la pedofilia) al de aquel (en el otro extremo) para quien la elección de un objeto sexual inmaduro es esencialmente una cuestión de oportunidad o de

coincidencia. No existiría, pues, en el delincuente sexual que ataca a los niños, un problema psicológico específico que provoque su comportamiento.

Estudiando más particularmente los casos de adolescentes que molestan sexualmente a los niños, M. Schoor y cols., están impresionados por la participación parental inconsciente; la falta de remordimientos tanto en los padres como en el culpable justificaría este punto de vista. A menudo ambos padres están a la defensiva y son evasivos; expresan poco o ningún remordimiento ni preocupación por la víctima. El mismo adolescente adopta una actitud defensiva si no indiferente. Frecuentemente, tratará tanto de justificar o minimizar su actividad sexual como el daño causado a su víctima.

Las víctimas de los atentados sexuales. — Presentan igualmente determinadas particularidades. Los estudios de R. Lafon y otros y de A. Friedemann demuestran que han vivido en una constelación familiar perturbada e insatisfactoria (hogar familiar disociado) o que carecía de valor educativo por amoralidad o inmoralidad. Según R. Lafon y otros no se encontraría más que un 9% de casos en los que puede hablarse de familias unidas y que presentan todas las garantías morales. En casi todas las observaciones de M. Mathis, el niño ha vivido en condiciones frustrantes o angustiosas (padre brutal, madre dominada, débil o francamente desfallecida, alcoholismo, libertinaje, debilidad, abandono educativo).

Los atentados sexuales plantean el problema del traumatismo psíquico que producen en el niño. La culpabilidad de los niños respecto al atentado sufrido sería diferente, según M. Mathis, en relación con la educación y el medio al que pertenecen. El shock sería menos perceptible cuando la educación moral anterior es relajada. En este caso, debe analizarse sobre todo la mayor o menor inmoralidad "crónica", desarrollándose el acto en esta atmósfera perniciosa. Parece que las niñas víctimas de este tipo de atentado que viven en un ambiente poco controlado y de educación relajada, presentan en general una culpabilidad sexual mínima, pero guardan una agresividad respecto a los adultos, mientras que las niñas educadas en un ambiente estricto presentan una culpabilidad intensa con una agresividad más discreta.

Estudiando el porvenir de estos niños, A. Friedemann comprueba que los que han sufrido ultrajes al pudor en la edad preescolar o en el período prepubertario serán menos desorganizados que los que los han sufrido en la época de latencia. En casi la mitad de estas observaciones se halla como consecuencia del traumatismo sexual o una tendencia a entrar en conflicto con las autoridades, o bien un síndrome de abandono, que se manifiestan por robos, mentiras, vagabundeo, etc. Según R. Lafon y cols., es excepcional que la evolución de estos niños sea normal, pero, sin embargo, es un conjunto mejor de lo que podría parecer a primera vista. Estos autores señalan, sin embargo, que en un caso de cada 10, las niñas se abandonan secundariamente a experiencias homosexuales cuya eclosión había sido favorecida por las conclusiones particulares de la vida en grupo cerrado que constituía el internado especializado en que habían sido colocadas.

De hecho, el problema de la evolución ulterior de estos sujetos no puede ser considerado más que en función de las condiciones individuales y del ambiente familiar; es preciso saber que esta evolución depende no sólo de la agresión, sino del ambiente en que se desarrollan la encuesta y la acción judicial, y de las medidas más o menos hábiles que se toman respecto a ellos.

Como dice L. G. Schultz (1972), el *rol del terapeuta* consiste en reducir el traumatismo psicológico de la víctima. Los niños víctimas de atentados sexuales pueden ser considerados a lo largo de un continuum, con la víctima totalmente

accidental en un extremo y la pareja seductora en el otro, y el tipo de terapia parece estar en relación con la situación del niño a lo largo de este continuum. Según dicho autor, la mayoría de los niños víctimas con los que no se empleó la violencia buscan o permiten una conducta afectuosa por parte de sus "ofensores" y no perciben la "ofensa" en un principio como traumática. El mayor traumatismo potencial es con mucho el hecho de la sociedad, de sus instituciones y de los padres del niño que utilizan el niño-víctima para demandar al "ofensor" delante de los tribunales.

II. — EL INCESTO

El incesto es un tipo particular de atentado sexual que responde al derrumbamiento de un tabú que se encuentra en casi todas las sociedades. Si este tabú ha podido ser considerado por algunos como un modo de defensa original, íntimamente ligado al problema de Edipo, otros, como C. Lévi-Strauss, admiten que la prohibición del incesto es el paso fundamental gracias al cual y por el cual, pero sobre todo en el cual se efectúa el paso de la naturaleza a la cultura. Siguiendo las ideas de M. Mauss sobre el valor del cambio en los grupos sociales, este autor admite que la prohibición del incesto es menos una regla que impide casarse con la madre, hermana o hija, que una regla que obliga a dar madre, hermana o hija a otro clan en el terreno de los cambios.

Según N. Sidler, el tabú del incesto no fue nunca quebrantado por las sociedades organizadas, incluso por las más antiguas y por las más primitivas. Sólo señala dos ejemplos indiscutibles de práctica de matrimonios consanguíneos: en el antiguo Egipto (en las familias reinantes) y en el antiguo Irán. En ambos casos, las prácticas generalizadas del incesto son la consecuencia de las múltiples influencias culturales o político-económicas. Aunque S. Freud sostuvo que hay un fuerte instinto "natural" al incesto desde la temprana infancia, B. Malinowski considera por su parte que la aversión al incesto no es un fenómeno "natural", sino un fenómeno creado por la cultura, que él denomina "esquema complejo de reacciones culturales". H. Ellis (1939) defiende un punto de vista similar, según el cual "no hay instinto antiincestuoso ni aversión natural".

La bibliografía sobre el incesto es considerable. Se encontrarán puntos de vista de conjunto sobre este problema en los trabajos de S. R. Weinberg (1955), R. Wyss (1967), H. Maisch (1968), M. Schachter (1972) y de N. Lukianowicz (1972).

La frecuencia del incesto en la sociedad es difícil de evaluar. La mayoría de las publicaciones se refieren a casos dictaminados, pero sabemos que todos los casos denunciados no fueron objeto de un examen psiquiátrico. Además, es difícil evaluar porcentajes, al mantener la familia a menudo su secreto. Por otra parte, sólo sabe accidentalmente que su paciente tuvo experiencias incestuosas con su padre. N. Lukianowicz sugiere que el 4% de los pacientes psiquiátricos tuvieron experiencias incestuosas en determinado momento de su infancia, pero esto no da la medida de la frecuencia del incesto paterno en la población general.

A. Merland y H. Fiorentini señalan el 10% de incestos sobre 374 informes relativos a atentados contra las costumbres. De los 160 casos de R. Wyss, el 20% son agresores incestuosos (en el 50% de los casos hubo una relación sexual; en el otro 50%, contacto sexual diverso).

Todo el mundo está de acuerdo en admitir que el incesto padre-hija es mucho más frecuente que el incesto madre-hijo (35 casos de incesto padre-hija por sólo 3

casos de incesto madre-hijo en las estadísticas de Lukianowicz). La noción de incesto puede ampliarse a las relaciones abuelo-nieta, tío-sobrino, tía-sobrino. Aparte de los casos de relaciones padre-hija, el grupo hermano-hermana es el más frecuente. Las relaciones incestuosas son la mayoría de las veces heterosexuales, siendo más raras las de tipo homosexual.

Se ha admitido que los incestos eran más frecuentes en medio subculturales, rurales y urbanos aislados, así como la influencia que puede tener una vivienda demasiado pequeña y superpoblada. H. Cavallin no cree que la carencia, una inteligencia baja, el amontonamiento y el aislamiento sean factores significativos en el incesto. Admitir que un incesto es menos frecuente en las clases acomodadas es difícil de aceptar porque en estas clases este tipo de actividades es menos llamativo, más difícilmente descubierto y más raramente denunciado, quedando como secreto de familia.

La edad del padre en estas clase de relaciones oscila entre los 30 y 45 años y la edad de comienzo de las relaciones incestuosas en la hija está comprendida entre los 5 y los 14 años aproximadamente. La mayoría de las veces, el padre escoge la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas más jóvenes. H. Cavallin observa que el 40% de los casos hubo relación incestuosa con más de una hija. La duración de las relaciones es variable oscilando entre los 4 meses y 12 años, siendo la media de 8 años (Lukianowicz).

El perfil de las personalidades de los padres incestuosos debe estudiarse separadamente según se trate del padre o de la madre.

En parte por razones inconscientes, nos limitamos a describir al padre incestuoso como un "degenerado" en el sentido clásico del término, como un retrasado mental o como un psicótico, produciéndose el acto incestuoso la mayoría de las veces bajo el efecto del alcohol. Al hacer esto, situamos al incesto fuera del cuadro de un modo especial de relación instintiva, no pudiendo ser este acto otra cosa que la "demenia" en el sentido legal del término o de una aberración del juicio y de la conducta, extranatural.

En realidad, aunque se describe frecuentemente el alcoholismo, no es constante; Colin y cols., hallan la debilidad intelectual en 27 casos, mientras que en 30 casos el nivel intelectual es normal o máximo. Según H. Maisch, la inteligencia es normal en el 60 a 85% de los casos. Los niveles mentales bajos (C.I. inferior a 70) oscilan entre 2 y 9%. H. Cavallin encuentra desorganizaciones psicóticas en 2 casos sobre 12, además de 2 casos borderline. N. Lukianowicz no encuentra ni estado psicótico, ni estado francamente neurótico en sus casos.

Muchos autores describen organizaciones defectuosas de la personalidad del padre: relación inadecuada o débil, personalidad mal organizada con identidad mal definida y actitud paranoide que tienden a aislarlo de la familia y de la sociedad. Sin embargo, hay padres incestuosos que presentan una compostura social al menos aparentemente satisfactoria y mantienen una fachada patriarcal. El acto incestuoso es en su opinión un derecho natural y, pese a reconocer su carácter ilegal, no lo clasifican en el cuadro de una verdadera responsabilidad moral. Por otra parte, en determinados casos el padre puede considerarse con derecho a la iniciación del amor sexual que, gracias a él, se hará con ternura y sin la brutalidad que podría sufrir su hija si tuviera relaciones con gente joven. A veces este modo de relaciones comienza con la hija mayor y puede seguir con las siguientes. El padre de familia incestuoso no es de ordinario "mujeriego"; como dice P. Scherrer, sólo se puede deplorar "que tenga un sentido de familia demasiado grande". Según dicho autor, son dos los tipos de padres incestuosos que se pueden describir:

- el que reemplaza a su mujer o tiene tendencia a reemplazarla por una hija, convertida en verdadera compañera, con la que se contraen lazos amorosos, más o menos fuertes, más o menos cargados de sensualidad y de ternura, más o menos duraderos según la estructura mental del hombre y tal vez también de la chiquilla amante;

- aquél cuya voluptuosidad poco arriesgada puede ser satisfecha económicamente por el objeto a medida de su deseo, entregado a su apetito por su dependencia.

De una manera general, a despecho de su aspecto antimoral, el primer tipo parece ser más propio de la sociología y el segundo, de la patología.

Finalmente hay un tipo al que se le podría llamar neurótico, observado la mayoría de las veces en los hombres abandonados por su mujer. Su estructura mental es muy masoquista; tienden a invertir los roles y a hacer de madre de sus hijos.

Muchos autores han insistido en el rol que desempeña la mujer en las relaciones incestuosas padre-hija, en calidad de esposa o en calidad de cómplice más o menos consciente. También se insistió en los frecuentes trastornos de las relaciones conyugales en las que estos padres se sienten frustrados por una mujer no amante, fría, hostil o sexualmente rechazante y que les incita a buscar gratificaciones sexuales en otra parte (C. N. Lustig y cols., D. I. Raphling y cols., etc.). Pero se piensa, además, que el padre puede verse ayudado en su relación incestuosa con su hija por una esposa cómplice que acepta pasivamente el hecho. Como observa D. I. Raphling, a veces la misma madre fue rechazada por su propia madre con la cual no se identificó, pudiendo tener, en consecuencia, una actitud hostil hacia su prole femenina; a veces, la madre no es capaz de asumir su rol de esposa y responsabiliza a su hija haciéndole desempeñar el rol de esposa y amante de su propio padre, descargando así sobre ella el rol que no puede desempeñar personalmente. Visto desde este ángulo, es normal que algunos autores hayan podido considerar a la madre como la piedra angular de este sistema familiar patológico (C. N. Lustig y cols.).

Según J. Noël y cols., hay que subrayar el siguiente hecho: "el conocimiento del incesto por la madre, como tampoco la publicación oficial, no quiebra la cohesión de la familia que sobrevive siempre, incluso a la inculpação del padre". Esto es cierto en nuestra opinión, incluso cuando la madre denuncia al padre, pero la separación puede tener lugar después, durante la repetición del incesto, después de reincidir en la misma persona o en otra de las hijas. La actitud de la hija frente al incesto es a menudo pasiva, pero algunas adolescentes son incitadoras a veces y pueden desempeñar un rol en el comienzo de las relaciones incestuosas. Como dice N. Lukianowicz, no todas las chiquillas son "víctimas inocentes". Según J. Noël y cols., se pueden establecer tres formas clínicas de incesto según la tolerancia de la hija: el incesto es padecido en el terror, el incesto es aceptado pero sigue siendo conflictivo y el incesto es integrado sin conflicto y sin síntoma. En una importante encuesta en Suecia, O. Kimberg y cols., señalan que las relaciones son raramente afectuosas y describen seis casos solamente de incesto de tipo marital por 23 casos de incesto despótico.

Muchas veces, cuando la actividad incestuosa progresa de la pasividad receptora de afecto a la participación o incluso a la acción, la hija descubre en este modo de relaciones un nuevo modo de satisfacción en la ambigüedad de un acto experimentado al mismo tiempo como donación y como imposición.

Aunque determinados autores describieron estas hijas como débiles mentales, según H. Maisch, la inteligencia se considera normal en el 77% de los casos, por debajo de la media en el 23% de los casos. Según el estudio de D. Szabo referente a 96 casos de incesto, 54 chiquillas son consideradas como normales.

Evolución psicológica de las hijas que sufrieron incesto. — Según el estudio de 26 hijas, N. Lukianowicz describe cuatro grupos de evolución: 1) trastornos del carácter y de la conducta social en 11 chiquillas cuya conducta psicosexual está trastornada; 4 de ellas llegaron a ser prostitutas, y la mayoría presentaban además una sintomatología delincuente o predelinquente. 2) Después de su matrimonio, 5 chicas presen-

taron una frigidez y una aversión por las relaciones sexuales con su marido, mostrando 3 de ellas síntomas de personalidad histérica. 3) En 4 chicas se observaron francos síntomas psiquiátricos: neurosis de angustia aguda en una, reacciones depresivas con tentativas de suicidio en las otras tres. 4) En 6 chicas no se observó ningún defecto aparente sobre la actividad sexual ulterior, pero algunas se volvieron celosas cuando su padre dejó de mantener relaciones con ellas para volverse hacia su hermana más joven. Según O. Kinberg y cols., no se comprobarían repercusiones serias sobre la afectividad en las chiquillas que experimentaron el incesto; K. Friedlender admite que la repercusión psíquica en la chiquilla depende del carácter del niño y de su desarrollo instintivo. Según dicho autor, los conflictos serían más graves cuando el incesto se produce alrededor de la pubertad.

En realidad, la evolución psicológica de estas chiquillas depende mucho de la constelación en la que tiene lugar la situación incestuosa —la mayor o menor aceptación del acto por la hija, la coacción más o menos importante impuesta por el padre. Las demandas judiciales pueden agravar el problema; como dice K. Friedlender, cualquiera que sea el tacto de los investigadores no es menos cierto que la hija se considera responsable del encarcelamiento de su padre y, como tiene la vaga noción de sus propios deseos (incluso aunque los haya rechazado conscientemente), no deja de sentirse muy culpable. Desde un punto de vista psicológico, este autor admite que habría que arreglar las cosas sin recurrir a los tribunales, simplemente alejando a la hija del hogar.

El incesto madre-hijo es raro. En su trabajo, N. Lukianowicz no cita más que 3 casos. En uno de ellos, la madre era esquizofrénica y sus tentativas sobre su hijo parecían haber sido impulsivas, no premeditadas y bastante infantiles. En los otros dos casos, parece que las madres (una viuda y la otra muy desgraciada en su vida conyugal) eran muy dependientes de su hijo mayor y buscaban un apoyo moral, una protección; representaba una especie de joven amante idealizado. Los hijos objeto del incesto están la mayoría de las veces gravemente trastornados emotivamente y pueden presentar episodios psicóticos (W. C. Wahl, M. S. Guttmacher).

El incesto hermano-hermana aparece en 15 casos del grupo de N. Lukianowicz. Se trata la mayoría de las veces de juegos o exploraciones sexuales y, más tarde, de relaciones heterosexuales reales. En un solo caso, las relaciones fueron de cierta duración. Más tarde, la mayoría encontraron nuevas parejas sexuales fuera de la familia. Hay unanimidad de opinión (E. L. Masters) para afirmar que produciría menos perjuicios que la relación incestuosa con uno de los padres.

A propósito del estudio de dos niños aparentemente sanos, aunque mantuvieron relaciones incestuosas con uno de sus padres (un caso madre-hijo y otro padre-hija), A. Yorukoglu y J. P. Kempf se preguntan si estos niños no evolucionaron normalmente por el hecho de que eran capaces de ver de manera realista que el padre implicado estaba gravemente trastornado y asimismo por el hecho de que habían tenido un desarrollo normal y un desarrollo psicosexual adecuado, antes de tener relaciones incestuosas. Sin embargo, aunque estos niños presentan pocos signos de conflictos intrapsíquicos, no se puede afirmar que no presentarán ulteriormente dificultades como pareja en sus relaciones heterosexuales o en el matrimonio por incapacidad de aceptar el rol de padre.

Los niños nacidos de uniones incestuosas.— M. S. Adams y J. V. Neel hicieron un estudio sobre 18 niños nacidos de uniones incestuosas entre hermano y hermana y padre e hija, con relación a un grupo de control constituido por niños de madres

solteras y comparables por la edad, peso, talla, inteligencia y nivel socioeconómico de los padres. De los 18 hijos de incesto, solamente 7 fueron reconocidos como normales. En un grupo de 643 pacientes internados en instituciones para atrasados mentales de bajo nivel, I. Wald y cols. encuentran 6 niños nacidos de relaciones incestuosas. Estudiando por otra parte 24 familias en las que tuvieron lugar 29 nacimientos incestuosos, 15 niños pueden ser considerados como normales, y el resto presentaban déficit de niveles diversos. Los trastornos descritos en los niños nacidos de incesto pueden atribuirse a una determinación multifactorial.

Consecuencias médico-legales de las actividades incestuosas.— Como observan Colin y cols., el código penal francés no sanciona específicamente el incesto, pero está indirectamente bajo la forma de atentado contra las costumbres. Las penas derivables de este acto dependen de las características del acto y de la edad del niño: si hubo relación sexual impuesta por la violencia, el crimen es de violación, incurriendo el sujeto en la reclusión criminal a perpetuidad; si el atentado se consumó sin violencia por parte del ascendiente habrá que distinguir, según la edad de la víctima, la reclusión criminal de 10 a 20 años en caso de atentado contra un niño menor de 15 años y reclusión criminal de 5 a 10 años cuando el atentado se cometió en un hijo con más de 15 años y no emancipado por un matrimonio; las relaciones incestuosas sin violencia de un padre con su hija mayor de 21 años no constituyen en principio un delito. Como observan estos autores, el aspecto jurídico referente al niño concebido de relaciones incestuosas depende de las legislaciones. En determinados países como el Japón, Finlandia, Dinamarca, Suecia y Alemania del Este se prevé el aborto legal para los embarazos resultantes de la violación o del incesto. Los legisladores franceses no aceptan el aborto en calidad de tal, considerando únicamente que “la filiación incestuosa manifiesta la inmoralidad de los padres”. Por esta razón, dicen Colin y cols., el legislador concede a estos niños una condición peor que la de los simples hijos naturales.

D. — EL RAPTO DE LOS NIÑOS

Los raptos de niños parecen haber aumentado en muchos países. En Inglaterra y en el País de Gales, el número de casos “conocidos por la policía” pasó de 9 al año por término medio en 1950-1957, a 43 en 1970. Son llevados a cabo tres veces más a menudo por hombres que por mujeres.

Los raptos cometidos por hombres lo son la mayoría de las veces por ansia de lucro. Pueden ser seguidos de homicidio cuando no se cumplen perfectamente las condiciones impuestas para la restitución, a saber la suma del rescate. Otras veces, el motivo puede ser sexual y el rapto puede concluir con la muerte, que se discute el precio del niño o que el individuo tema la denuncia. Aunque de ordinario estos raptos están muy bien preparados por personas con antecedentes penales, a veces se trata de adolescentes cuya motivación es difícil de elucidar. La mayoría de las veces, los adultos son personalidades criminales de los que algunos tienen cabida en cuadros patológicos diversos.

Todo el mundo está de acuerdo en pensar que los raptos de niños cometidos por mujeres presentan características particulares. El trabajo de P. T. d'Orban (1972) que trata del rapto de bebés, se basa en el estudio de 13 pacientes exami-

nadas en prisión durante los años 1968-1971. En la mayoría de los casos, el acto fue impulsivo y no se le causó daño alguno al bebé. El autor clasifica a estas pacientes en cuatro categorías fundadas sobre sus características psicopatológicas: 1) Pacientes débiles mentales; el robo (cometido por impulso, sin comprensión real de las implicaciones) parece estar en relación con un sentimiento de privación y de soledad, un deseo de consuelo y juego. 2) Esquizofrénicos; el delito cometido durante recaídas graves se volvía inteligible a la luz de sus sentimientos de "maternidad frustrada" y de sus ideas delirantes. 3) Trastornos graves de la personalidad con rasgos histéricos predominantes, delincuencia anterior; estas mujeres experimentan un sentimiento de privación de afectos; son incapaces de establecer relaciones con adultos y buscan la satisfacción de sus necesidades de relaciones afectivas a través del bebé. 4) El robo "manipulador" responde, según la descripción de este autor, a una tentativa para resolver sus problemas afectivos específicos; algunas cometieron este robo a continuación de un falso-alumbramiento a fin de presentar un bebé a su pareja por considerar que el hijo es uno de los lazos esenciales de la pareja. En el segundo y tercer grupos, el riesgo de reincidencia es más verosímil.

Sería interesante conocer el futuro psicológico de los niños que padecieron un rapto y la importancia del traumatismo sobre su desarrollo posterior.

Al lado de estos raptos criminales, hay raptos en el seno de las familias. Por ejemplo, mientras los textos sobre la adopción permanecieron imprecisos, se observaron secuestros recíprocos, sintiéndose igualmente en su derecho la madre adoptiva y la madre por la sangre. Estos secuestros recíprocos se dan asimismo entre padres divorciados. Tanto en el primer caso como en el segundo, el niño sale muy traumatizado porque es lo que se ventila en una lucha pasional en el transcurso de la cual no puede permanecer nunca como simple espectador.

Al lado de los verdaderos raptos, es interesante observar en el niño "falsos recuerdos de rapto".

La anécdota referida por J. Piaget es muy significativa: "Mi recuerdo más antiguo se remonta a una época en que una nurse me paseaba todavía en coche de bebé (lo que sería un recuerdo muy excepcional si fuera auténtico). Un individuo trató de robarme, pero la nurse me defendió bien, hasta ser fuertemente arañada, y el individuo huyó al aproximarse un guardia municipal. Este recuerdo sigue siendo muy vivaz: aún contemplo de nuevo toda la escena, que tenía lugar en la glorieta de los Campos Elíseos, aún veo a los curiosos acercarse y la llegada del poli con la pequeña esclavina que llevaban entonces, etc. Ahora bien, cuando tuve 15 años, la antigua nurse escribió a mis padres que, convertida recientemente, se sentía obligada a confesar todos sus pecados: la historia del bebé casi robado era completamente inventada, los arañazos fabricados, etc., y el reloj recibido en recompensa era puesto a disposición de mis padres. Este bonito recuerdo de infancia es pues un recuerdo reconstituido visualmente (y este punto tiene su importancia) pero a partir de un relato escuchado, sin duda entre los 5 y los 10 años. Si el recuerdo fuera "cierto" en el sentido conforme a los sucesos, no será menos reconstituido por ello".

Hay que señalar que aparte de estos recuerdos (falsos como tales) mantenidos a partir de un relato mentiroso, puede haber en el niño una *fantasmaticación del rapto*, entrando en el cuadro de la noción de la "novela familiar", utilizado por psicoanalistas. Puede tratarse de la expresión de un deseo de otra filiación que permita fantasmear determinado sentimiento de omnipotencia a fin de arreglar conflictos más complejos susceptibles de convertirse en un recuerdo pantalla.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, M. S. y Neel, J. V. — Children of incest. *Pediatrics*, 1967, 62, 4055.
- Adelson, L. — Slaughter of the innocents. *New. Engl. J. Med.*, 1961, 264, 1345-1349.
- Adelson, L. — The battering child. *J.A.M.A.*, 1972, 222, 159-161.
- Anthony, E. J. — A group of murderous mothers. *Acta Psychother.*, 1959, 7/2, 1-6.
- Arnaud, F. — *Kidnapping. Menschenraub*. Kurt Desch, Munich, 1968.
- Asch, St. S. — Depression: three clinical variations. *The psychoanalytic study child*, 1966, 21, 150-170.
- Asch, St. S. — Crib deaths: their possible relationship to post partum depression and infanticide. *J. Mt Sinai Hosp.*, 1968, 35, 214-220.
- Bender, L. — Psychiatric mechanisms in child murderers. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1934, 80, 32-47.
- Brozovsky, M. y Falit, H. — Neonaticide. Clinical and psychodynamic considerations. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10, 4, 673-683.
- Button, J. H. y Reivich, R. S. — Obsessions of infanticide. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1972, 27, 235-240.
- Cavallin, H. — Incestuous fathers: a clinical report. *Am. J. Psychiat.*, 1966, 122, 1132-1138.
- Cazac, G. — La protection des enfants maltraités. *Concours méd.*, 1971, 93, 23, 4617-4618.
- Cenac, M. — Le témoignage, sa valeur juridique. *Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, 49^e session, Rennes, 1951; Informes págs. 261-299.
- Colin, Bourjade y Rosier. — Aperçu sur l'inceste. *Acta medicinae legalis et socialis*, 1966, 19, 213-219.
- Chapman, A. H. — Obsessions of infanticide. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1959, 1, 12-16.
- Delay, J., Lamperrière, T., Escourrolle, R. y Dereux, J. F. — Contribution à l'étude de l'infanticide pathologique. *Sem. Hôp. Paris*, 1957, 33, 4069-4080.
- D'Orbán, P. T. — Baby stealing. *Brit. Med. J.*, 1972, 2, 635-639.
- Doshay, L. J. — *The boy sex offender*. Grune and Stratton, Nueva York, 1943.
- Ellis, H. — *Psychology of sex*. W. Heinemann, Londres, 1939.
- Feinstein, H. M., Paul, N. y Pattison, E. — Group therapy for mother with infanticidal impulses. *Amer. J. Psychiat.*, 1964, 120, 882-886.
- Freud, S. — *Totem et tabou*. Payot, París, 1951.
- Friedemann, A. — Séquelles tardives d'attentats à la pudeur des enfants et des adolescents. *A Criança Portuguesa*, 1960, 19, 215-236.
- Friedlander, K. — *La délinquance juvénile*. P. U. F., París, 1951.
- Galdston, R. — Violence begins at home: the parents center project for the study and prevention of child abuse. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 1971, 10/2, 336-350.
- Greger, J. y Hoffmeyer, O. — Tötung eigener Kinder durch schizophrene Mütter. *Psychiatria clinica*, 1969, 2, 14-24.
- Grislain, J. R., Mainard, R., Berranger, P. de, Ferron, C. de y Brelet, G. — Les sévices commis sur les enfants. Aspects médicaux. Problèmes sociaux et juridiques. *Ann. de Pédiat.*, 1968, 15, 429-439 et 440-448.
- Guttmacher, M. S. — *Sex offenses: The problem, causes and prevention*. 1962, Norton, Nueva York.
- Harder, T. — The psychopathology of infanticide. *Acta Psychiat. Scand.*, 1967, 43, 196-244.
- Helfer, R. E. y Kempe, C. H. (edit.) — *The battered child*. Univ. of Chicago Press, Chicago and Londres, 1968.
- Kaufman, I. — Psychiatric implications of physical abuse of children. En *Protecting the battered child*. Children's division, American Human Association, Denver, 1962, 17-22.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. — The battered-child syndrome. *J.A.M.A.*, 1962, 181, 17-24.
- Lafon, R., Trivas, J. y Pouget, R. — Aspects psychologiques des attentats sexuels sur les enfants et les adolescents. *Ann. Méd. psychol.*, 1958, 116, II, 865-897.
- Lafon, R., Trivas, J., Faure, J. L. y Pouget, R. — Victomologie et criminologie des atteintes sexuelles sur les enfants et les adolescents. *Ann. éd. Légale*, 1961, 41/1 97-106.

Laury, G. V. — Aspects motivationnels du syndrome de l'enfant battu. *Méd. et Hyg.*, 1970, 907, 342.

Lukianowicz, N. — Infanticides. *Psychiat. Clin.*, 1971, 4, 145-158.

Lukianowicz, N. — Battered children. *Psychiat. Clin.*, 1971, 4, 257-280.

Lukianowicz, N. — Incest. I: Paternel incest. II: Other types of incest. *Brit. J. Psychiat.*, 1972, 120, 556, 301-313.

Lustig, C. N., Dresser, J. W., Spellman, S. W. y Murray, B. T. — Incest. A family group survival pattern. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 14, 31-40.

Maisch, H. — *L'inceste*. Laffont, Paris, 1970.

Maroteaux, P., Fessard, C., Aron, J. J. y Lamy, M. — Les séquelles du syndrome de Silverman (Fractures multiples du nourrisson, syndrome dit des "enfants battus"). *Presse méd.*, 1967, 75, 711-716.

Masters, R. E. L. — *The Patterns of Incest*. Julian Press, Nueva York, 1963.

Mathis, M. — L'aveu chez l'enfant; aspects psychopédagogiques et médico-légaux. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1957, 5, 1-2, 5-19.

Mathis, M. y Braun, R. — Les traumatismes sexuels chez les filles impubères. *Sauvegarde de l'Enfance*, 9 nov. 1957, 919-928.

McDermid, G. y Winkler, E. G. — Psychopathology of infanticide. *J. clin. exp. psychopath.*, 1955, 16, 22-41.

Merland, A. y Fiorentini, H. — Étude de 374 expertises psychiatriques en matière d'attentats aux mœurs. *Ann. Méd. lég.*, 1961, 41/1, 63-71.

Michaux, L. y Juredieu, C. — Pathologie de l'imagination chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. du Prat.*, 1953, 3, 1179-1199.

Morris, M. G. y Gould, R. W. — Role reversal: a concept in dealing with the neglected/battered child syndrome, 29-49. En *The neglected/battered child syndrome*. Child Welfare League of America, Nueva York, 1963.

Myers, S. A. — The child slayer. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 17, 213-221.

Noël, J., Bouchard, F., Wolf, A. y Soulé, M. — Les adolescentes très difficiles. *Psychiat. Enfant*, 1965, 7, 303-390.

Perrussel, G. — L'homicide altruiste des mélancoliques et des persécutés. *Thèse méd. Paris*, 1923.

Piaget, J. — Le jugement et le raisonnement chez l'enfant. 2.^a ed., Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1930.

Piaget, J. — *Sagesse et illusions de la philosophie*. P. U. F., Paris, 1972.

Plaut, P. — *Der Sexualverbrecher und seine Persönlichkeit*. F. Enke, Stuttgart, 1960.

Rabouille, D. — Thèse, 79 observations de sévices à enfants. En *Concours méd.*, 21 oct. 1967, 89/42, 6713-6720.

Raphling, D. I., Carpentier, B. L. y Davis, A. — Incest. A genealogical study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1967, 16, 505-511.

Raybin, J. B. — Homosexual incest. Report of a case of homosexual incest involving three generations of a family. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1969, 148/2, 105-110.

Resnick, P. J. — Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Amer. J. Psychiat.*, 1969, 126, 325-334.

Resnick, P. J. — Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Amer. J. Psychiat.*, 1970, 126, 1414-1420.

Rheingold, J. C. — *The mother, anxiety, and death: the catastrophic death complex*. Little Brown, Boston, 1967.

Schachter, M. — Le mensonge et le témoignage chez l'enfant. *J. belge Neurol Psychiat.*, 1933, 33, 643-658.

Schachter, M. — Vue d'ensemble sur le problème de l'infanticide. *Aggior. pedi.*, 1958, 9, 295-302.

Schachter, M. — Étude psychologique et sociale de l'inceste. *Acta Paedopsychiat.*, 1960, 27, 136-146.

Schachter, M. — A propos de prétendus dommages psychiques consécutifs à une agression sexuelle commise par un adolescent sur la personne d'un petit garçon. *Acta Paedopsychiat.*, 1965, 32-6, 191-195.

Schachter, M. — Regard critiques et contribution à l'étude de l'inceste. *An. port. Psiqui.*, 1972, 19, 37-56.

Scherrer, P. — La sexualité criminelle en milieu rural. *Rapport de médecine légale présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française*, 56^e session, Strasbourg. Editions Masson, Paris, 1958.

Schultz, L. G. — Psychotherapeutic and legal approaches to the sexually victimized child. *Int. J. Child Psychother.*, 1972, 1, 115-128.

Shoor, M., Speed, M. H. y Bartelt, C. — Syndrome of the adolescent child molester. *Amer. J. Psychiat.*, 1966, 122, 783-789.

Sidler, N. — *Zur Universalität des Inzesttabu*. F. Enke, Stuttgart, 1971.

Skinner, A. V. y Castle, R. N. — *78 battered children: a retrospective study*. National Society for the Prevention of Cruelty to children, Londres, 1969.

Steele, E. J. y Pollock, C. B. — A psychiatric study of parents who abuse infants and small children, pp. 103-147. En Helfer, R. E. y Kempe, C. H. (ed.). *The battered child*, 1968.

Stern, E. S. — The Medea complex: mother's homicidal wishes to her child. *J. Ment. Sci.*, 1948, 94, 321-331.

Strauss, P. y Wolf, A. — Un sujet d'actualité: les enfants maltraités. *Psychiat. Enf.*, 1969, 12/2, 577-628.

Sutter, J. M. — *Le mensonge chez l'enfant*. P. U. F., Paris, 1956.

Swanson, D. W. — Adult sexual abuse of children (The man and circumstances): *Dis nerv. Syst.*, 1968, 29, 677-683.

Szabo, D. — L'inceste en milieu urbain. *Ann. Soc.*, 1955, 3, 29-93.

Szabo, D. — *Contribution à l'étude de la délinquance sexuelle. Les délits sexuels des adolescents à Montréal*, 58 págs. Université de Montreal, Laplante et Langevin Inc., Montreal, 1960.

Valdés-Dapena, M. A. — Sudden and unexpected death in infancy: a review of the literature 1954-1966. *Pediatrics*, 1967, 39, 123-138.

Weinberg, S. K. — *Incest Behavior*. Citadel Press, Nueva York, 1955.

Wiener, I. B. — Father-daughter incest: a clinical report. *Psychiat. Quart.*, 1962, 36, 607-632.

Wyss, R. — *Unzucht mit Kindern*. Springer, Berlin, 1967.

Yarden, P. E. y Nevo, B. F. — The differential effects of the schizophrenic mother's stages of illness on her children. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114/514, 1089-1096.

Yorukoglu, A. y Kempf, J. P. — Children not severely damaged by incest with a parent. *J. Am. Acad. Child Psychiatr.*, 1966, 5/1, 111-124.

*
**

La psychologie et l'enfance physiquement handicapée. Número especial del *Bulletin de Psychologie de l'Université de Paris*, 1973-1974, 310, 27, 5-9.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

- Abandonismo, 471.
- Abandono, 461.
 - y desistimiento, 792.
 - (neurosis de), 471.
- Aberraciones,
 - alimentarias, 205.
 - de los cromosomas, 487, 900.
- Abetalipoproteinemia, 534.
- Abuelos, 776.
- Accidentes,
 - episódicos de la histeria, 646.
 - (propensión a los), 442.
- Acción motora, (desarrollo de la), 211.
- Aciduria arginosuccínica, 498.
- Acomodación, 119, 707.
- Acrocefalia-sindactilia de Apert, 484.
- Acrodinia, 531.
- "*Acting out*", véase paso al acto.
- Actitudes posturales, 24. 213.
- Actividad(es)
 - autoerótica, 224.
 - cognitivas, 302.
 - funcionales y desarrollo cognitivo, 146.
 - motoras primitivas, 217.
 - praxica, 213.
 - reflejo incondicionado, 108.
 - ritmicomelódica, 303.
- Adaptación, 23, 70, 136, 141.
- Adipocitos, 200.
- Adolescencia, 28, 79, 356, 619, 661, 874, 927.
 - (la crisis de la), 82.
 - y sociedad, 63, 869.
- Adopción, 698, 805, 808.
- Adoptantes, 805.
- Adquirido-no adquirido, 97.
- Afasia, 295, 303, 311, 313.
- Afecciones desmielinizantes, 531.
- Afectaciones
 - cerebrales, 699.
 - instrumentales, 152.
- Afectividad, 56.
- Afectivo(s),
 - retraso, 226.
 - desarrollo, 21, 63.
- Afectivo(s), trastornos, 317.
- Afecto(s), 213.
 - (apetencia de), 472.
- Afectos intraindividuales, 56.
 - (malabsorción de los), 474.
- Aferencias, 704.
- Aferentes-eferentes (sistemas), 145.
- "Agarramiento" primario, 52.
- Agenesia, 482.
- Agnosia,
 - al dolor, 220.
 - visual, 685.
- Agresión, 48, 911.
 - y etología, 414.
 - (impulso de — de raíz), 415.
 - (reacción de), 419.
- Agresividad, 59, 180, 201, 229, 267, 409.
 - (fisiología de la), 411.
 - y aislamiento, 464.
 - y ambiente, 414, 415, 418.
 - y angustia, 416.
 - y ansiedad, 418.
 - y aprendizaje, 415.
 - y constitución, 420.
 - y etnología, 418.
 - y etología, 410.
 - y fantasmas, 416, 419.
 - y frustración, 417, 420, 422.
 - y herencia, 415.
 - e identificación, 66.
 - y lo innato, 419, 420.
 - y libido, 416.
 - y motricidad, 417.
 - primaria, 417.
 - y psicoanálisis, 416.
- Aislamiento, 138, 413, 463.
 - y agresividad, 414.
 - y socialización, 463.
- Alalia, 313.
- Alcoholismo, 922.
 - del niño, 539.
 - de los padres, 516, 943.
- Alergia, 751.
- Alimentación (situación de la), 116.
- Alimenticias,
 - (aberraciones), 205.
 - (comportamiento), 199, 204.
 - (dificultades), 140, 744.
- Alimento-estímulo (Piaget), 473.
- Alopecias emocionales, 752.

Alotriofagia, véase Pica.
 Alteridad, 303.
 Alucinaciones, 691
 — primitivas, 47.
 — en los psicóticos, 690.
 — en los no psicóticos, 690.
 Alucinosis de cuerpo completo, 353.
 Ambiente, 99, 101, 306, 308, 398, 684.
 — véase también Ecología, 414, 415, 418.
 — y agresividad,
 — familiar, 559, 898.
 Ambisexualidad (noción de), 364.
 Ambliopía, 475.
 Amigdalectomía, 848.
 Aminoacidopatías, 495.
 Amiotrofia espinal infantil de Werdnig-Hoffmann, 861.
 Amor, 76, 332.
 — y afecto, 53.
 — odio, 46, 107, 437.
 — maternal, 472.
 Anaclítica (depresión), 466, 660, 757.
 Anal,
 — organización, 267.
 — estadio, 40, 267.
 Anatomía (y funciones), 100.
 Anatomismo, 142.
 Anencefalia, 481.
 “Anetópata”, 886.
 Angiomatosis, 486.
 Angustia, 44, 47, 140.
 — del adolescente, 618.
 — y agresividad, 416.
 — arcaica, 618.
 — de castración, 40.
 — (dominio de la), 623, 631.
 — y evolución, 49.
 — y fijación, 49.
 — (manifestaciones de la), 619.
 — de muerte, 689.
 — del octavo mes, 44, 627.
 — (ontogénesis de la), 616.
 — organizativa, 610.
 — (patogenia de la), 622.
 — y pesadilla, 171.
 — primaria, 618.
 — primitiva, 140, 619.
 — primitiva del Yo, 168.
 — psicótica precoz, 608.
 — de separación, 470, 618, 822, 823.
 Anomia, 875.
 Anorexia, 185, 192, 193, 196, 330.
 — (aspectos psicodinámicos de la), 190.
 — crónica, 185.
 — (diagnóstico diferencial de la), 188.
 — esencial de las chicas jóvenes, 186.
 — (etiopatogenia de la), 189.
 — (evolución y tratamiento de la), 196.
 — e hiperactividad, 199.
 Anorexia e histeria, 186, 189.
 — y trastornos psíquicos, 191.
 Anorexia y la familia, 185.
 — del lactante, 184.
 — masculina, 195.
 — y obesidad, 199.
 — de la segunda infancia, 186.
 — y vivencia corporal, 190, 191, 196.
 Anorexígenos, 202 (determinantes de la anorexia).
 Anormalidad, 137.
 Anosodiaforia, 354.
 Anoxia, 518.
 Ansiedad, 161, 202, 217, 229, 418, 616, 848, 894.
 Anticipación, 38, 100, 124.
 Anticipadora.
 — espera, 105.
 — maduración, 101.
 Antisocial (véase Disocial).
 Antropología, 64, 65.
 — y paidopsiquiatría, 11.
 Apego, 75, 595.
 — y amor, 53.
 — (comportamiento de), 52, 54.
 Apetencia de conocimiento, 301.
 Apetencia.
 — repulsión, 57.
 Apetito (s), 183.
 — véase también Anorexia, Obesidad.
 — de los afectos, 472.
 — de estímulos, 472.
 Apraxia, 246, 248, 685.
 Apreensión, 235, 296.
 Aprendizaje, 98, 108, 152, 304, 307, 315, 415, 825.
 — véase también Behaviorismo.
 — y automutilación, 432.
 — escolar, 164.
 — de la lectura, 300, 319.
 — de maduración, 115.
 — y medio sociocultural, 105.
 — y orden de adquisición, 111.
 — y punto de partida, 111.
 — y sobreestimulación, 164.
 — (teoría del), 112, 292, 294, 632, 710, 715.
 Apridoxinosis, 496.
 Arbeitschule (escuela de trabajo), 830.
 Articulación (trastornos de la), 310.
 Asimbolia al dolor, 430.
 Asimilación, 23, 110.
 Asinergia,
 — motora, 216.
 — psicomotora, 216.
 Asistencia, 469.
 — (métodos de), 12.
 — asociacionismo, 109.
 Asma, 737, 758.

Asma (tratamiento del), 741.
 Asmático (el niño).
 — y los efectos de la modificación del medio, 739.
 — y sus padres, 738.
 Asomatognosia,
 — (hemi-), 354.
 — asertiva (creencia), 650.
 Atentados sexuales contra niños, 949.
 Atetosis, 223, 224.
 “Atipismo” (concepto de), 875.
 Atrepsia, 234.
 Atrofia estructural, 463.
 Audición (trastornos de la), 296, 310, 321, 476.
 Audiomutismo (s), 313, 684.
 Ausencias,
 — epilépticas, 546.
 — o perturbaciones del grupo familiar, 788.
 — *Petit Mal*, 543, 546.
 — *Petit Mal* variable de Lennox, 543.
 Autismo, 103, 314, 328, 355, 464, 548, 674.
 — precoz de Kanner, 677.
 — secundario, 685.
 — en sentido amplio del término, 682.
 Autismo infantil precoz,
 — y los factores llamados orgánicos, 704.
 — (patogenia del), 703.
 “Autismo normal”, (M. Mahler), 70.
 Autoagresividad, 221, 428.
 — de aparición tardía, 429.
 — y desafrentación, 432.
 — y desarrollo, 429.
 — y emoción, 431.
 — y retraso, 581.
 Autoerotismo, 51, 221, 222, 224, 267, 372.
 Automutilaciones evolutivas, 429.
 — y aprendizaje, 432.
 — y desórdenes del Yo, 432.
 — y esquema corporal, 432.
 — y relación, 432.
 Autonomía, 86, 108, 138.
 “Autopatía”, 674.

B

Bandas,
 — de adolescentes, 108, 927.
 — (características de las), 929.
 — (psicosociología de las), 930.
 — Barrera protectora del organismo, 105, 159, 706.
 Behaviorismo, 110
 Beneficios secundarios, 430.
 “Bias” (Bowlby), 75.
 Bilingüismo, 302, 707.
 Biología,
 — y desarrollo, 96.
 — molecular, 54.

Bioquímicos (procesos), 94.
 — y desarrollo, 91.
 Bisexualidad, 364.
 Blindamiento, 475.
 Bocio endémico, 510.
 “Border-line” (síndrome), 695, 882.
 Bourneville, (esclerosis tuberosa de), 486.
 Brutalidad con los niños, 884.
 Bruxomanía, 169.
 Bulimia, 188.

C

Calcinosis, 197.
 Cálculo (dificultades en), 353.
 Campo no organizado, campo orientado, campo representado y motricidad, 212.
 Cánceres, 850.
 Carácter, 268.
 — adquirido y heredado, 66.
 — (trastornos del), 827, 892.
 “Caracteropatía”, 877.
 Cardiopatía, 857.
 Carencia(s), 420, 425, 594, 848.
 — de afectos y de referencias sociales y sensoriales, 461, 793.
 Casa cuna, 780.
 Castración,
 — (miedo a la), 40.
 — (complejo de), 366.
 Catalepsia, 168, 233, 234.
 Catatonia, 214, 233, 336.
 — akinética, 692.
 — parakinética, 692.
 — prokinética, 692.
 Cefaleas, 745, 821.
 — y migrañas, 752.
 Ceguera, 523, 705.
 — adquirida, 476.
 — congénita, 474.
 — histérica, 645.
 Celos y envidia, 474.
 Cenestopatía interpretativa, 689.
 Contracción-descentración, 39.
 Ciego, 474
 — véase también Ceguera.
 — “afectivo”, 471.
 — congénito, 474.
 Citológicos (estudios y desarrollo), 90.
 Citrulinuria, 498.
 Clases sobrecargadas, 322.
 Clonias, 227.
 Clónica (tartamudez), 323.
 Código, 300, 304, 306.
 — de la comunicación, 305.
 Cognición, 123.
 Cognitivo, a, 300.
 — actividad, 302.

Cognitivo, el cuerpo y el desarrollo, 343.
 – desarrollo, 112, 121, 300, 315.
 – evolución, 305.
 Cólera, 309, 331, 423, 431.
 – centrípeta, 421.
 – proyectiva, 421.
 Cólicos idiopáticos del primer trimestre, 742, 757, 759.
 Colitis ulcerosa, 747.
 Competencia, 120.
 Complejo,
 – de castración, 366.
 – de culpabilidad, 372.
 – de Edipo, 366, 368, 373, 427, 808.
 Comportamiento (trastornos del), 892.
 – hipótesis patógenas, 897.
 Comportamiento instintivo (teoría del—, Bowlby), 120, 121.
 Comportamiento(s),
 – afectivo, 420.
 – agresivo, 410, 414, 415, 420, 421, 423.
 – agresivo y conducta de los padres, 418.
 – agresivo y protopulsiones heteroagresivas, 422.
 – alimentarias, 199, 204.
 – de apego e instinto, 54.
 – automutiladores, 430.
 – durante el presueño, el sueño y los automatismos hipnóticos, 168.
 – disocial, 876.
 – específico de lucha, 415.
 – de exploración corporal, 420.
 – psicopatía grave, 882.
 – volitivo, 124.
 Comprensión verbal, 300.
 Compulsión (es), 229, 633, 636.
 Comunicación (es), 267, 296.
 – extraverbales y retraso, 581.
 – y familia, 778.
 – prelingüística, 296.
 – (sistemas de), 301.
 – verbal y gestual, 309.
 Conceptos, 301.
 – y preceptos, 300.
 Conceptuales (sistemas), 301.
 Conceptualización, 122, 299.
 Conciencia,
 – objetiva, 223.
 – de otro, 213.
 – (perturbación del nivel de), 646.
 – de sí, 341.
 – del Yo, 213.
 “Conciencia sensitiva”, 223.
 Condicionamiento, 108, 151, 707.
 – y aprendizaje, 108.
 – y esfínteres, 264.
 – operante, 432.
 – y tipología, 112.
 Conducta y comportamiento (trastornos), 242.

Conductismo, 293, 295.
 Conflicto (s), 139.
 – intrapsíquico, 65.
 – y síntomas, 139.
 Congénito, a.
 – afasia, 313.
 – ciego, 474.
 – y constitución, 117.
 – y hereditario, 117.
 Conjuntos, 301.
 Conmoción, 125.
 Connotación y denotación, 307.
 Conservación de las actitudes, 233, 236.
 Constantes en la evolución, 10.
 Constipación, 268.
 Constitución,
 – y agresividad, 420.
 – psicosomática, 759.
 Constitucional e innato, 117.
 Constructivismo, 122.
 Contacto, *vis a vis*, 71.
 Catexia (o investimento), 83.
 – contra, 85.
 – corporal, 84.
 – de lo que se dice y oye, 305.
 – energética fija, 38.
 – exclusiva, 56.
 – funcional, 146.
 – intelectual, 84.
 – del lenguaje, 303, 308.
 – del lenguaje oral y escrito, 301.
 – (retracción del —objetal), 83.
 Control esfinteriano,
 – y contexto social, 265.
 – y formación de la personalidad, 267.
 – (trastornos del), 269.
 Convulsiones, 228, 507, 514, 520, 541.
 – de las hipertermias, 545.
 – neonatales, 544.
 Coprofagia, 205.
 Coprolalia, 232.
 Coraza protectora, 105.
 – véase también Barrera.
 Corea, 223, 232, 637.
 – fibrilar de Morvan, 531.
 – de Huntington, 537.
 – de Sydenham, 530.
 Coreoatetosis, 223, 234.
 Cornelia Lange, (enfermedad de), 484.
 Creencia asegurativa, 650.
 Creodas, 97.
 Cretinismo endémico, 511.
 Criptofasia gemelar, 305.
 Criptorquidia, 381, 383.
 Crisis,
 – de la adolescencia, 82.
 – clónicas, 542.
 – tónicas, 542.
 Cromosomas (aberraciones de los), 487, 900.

Cromosomas autosómicos, 488.
 – sexuales, 488.
 Crouzon (enfermedad de), 484.
 Cuerpo, 221, 345.
 – “actuante”, 345.
 – y anorexia mental, 191, 196.
 – conocido, 343, 349, 351.
 – (conocimiento del), 179, 347.
 – (conciencia del), 191, 194.
 – y desarrollo cognitivo, 343.
 – (desórdenes de la conciencia del), 352, 353.
 – (evolución y conocimiento de la conciencia del), 341.
 – y experiencia tónica, 213.
 – fragmentado, 346.
 – (ilusiones de transformación del), 354.
 – (imagen del), 368, 858.
 – (imagen espacial del), 341.
 – (modelo del), 341.
 – (noción de), 346.
 – para el otro, 357.
 – para sí, 357.
 – percibido, 348, 351.
 – percibido, conocido, representado, vivenciado, 351.
 – propio y objeto permanente, 343.
 – y psicopatología, 352.
 – (rechazo del), 192.
 – representado, 238, 350.
 – y sistema de relación, 238.
 – tiempo y espacio representado, 238.
 – (trastornos de la orientación respecto al), 320.
 – vivenciado, 343, 350, 351, 368.
 Cuidado de los niños, 13.
 Cuidados maternos, 51, 267, 462.
 Culpabilidad, 223.
 – complejo de, 372.
 Culturalismo, 137.
 – y antropología, 65.

D

Débil
 – armónico, 588.
 – disarmónico, 588.
 – motor, 238, 859.
 – (personalidad del), 861.
 Debilidad mental, 203, 586.
 – y organización de la personalidad, 588.
 Debilidad motriz, 233, 235, 238, 588.
 – (crítica de la noción de), 235.
 Defecación, 264.
 Defensas,
 – (mecanismos de), 71, 191, 610, 639.
 – primeras, 417.

Deficiencia mental, 573.
 – véase también Retraso, lesiones cerebrales.
 Deformación corporal e imagen del cuerpo, 858.
 Degeneración
 – hepatolenticular, 536 (véase Enfermedad de Wilson).
 – neuroaxonal del niño, 536.
 – simétrica de los cuerpos estriados, 537.
 Delincuencia juvenil, 467, 471, 891.
 – y ambiente familiar, 898.
 – y factores sociológicos, 901.
 – (génesis de la), 900.
 – de grupo, 894.
 – en el marco social y familiar, 903.
 – (noción de), 898.
 – y retraso mental, 583.
 – y síndrome XYY, 900.
 Delincuente(s)
 – (tratamiento de los), 932.
 – (tipos de actividad), 907.
 – tipos de, 904.
 Delirio
 – episódico, 232.
 – del escrúpulo, 357.
 – sistematizado, 690.
 Delitos sexuales, 911.
 – y personalidad, 912.
 Delocutivo (período), 298, 299, 304.
 Demencia, 522, 573.
 – de Heller, 522.
 – precocísima, 673.
 Denotación y connotación, 307.
 Dependencia.
 – y fijación, 472.
 – a las drogas, 917.
 Depresión(es), 198, 221, 357, 689, 823, 826.
 – del adolescente, 661.
 – anaclítica, 466, 660, 757.
 – del lactante, 660.
 – del niño, 659, 661.
 – (patología familiar de las), 663.
 – (problemas etiopatogénos de las), 662.
 Depresiva (posición), 48, 139, 660.
 Desafrentación
 – y actividades autoagresivas, 432.
 – de afectos o de aferencias sociales o sensoriales, 461.
 – sensorial, 413, 705.
 Desarrollo, 89, 94, 124, 238, 264.
 – (bases morfofuncionales del), 89.
 – y biología, 96.
 – cognitivo, 105, 112, 121, 300, 315, 343.
 – (método de estudio del), 12.
 – motor, 211.
 – del niño y vida social, 63.
 Desarrollo afectivo,
 – según J. Bowlby, 52.
 – según A. Freud, 54.

Desarrollo según la psicología genética, 21.
 — según J. Piaget, 24.
 — según R. Spitz, 42.
 — según H. Wallon, 29.
 — según Winnicott, 50.
 — y el psicoanálisis, 41.
 — psicosexual, 222.
 — y procesos bioquímicos, 91.
 — secuencial de las competencias, 95.
 Descargas,
 — motoras, 217, 222, 223.
 — psicomotrices, 420.
 Deseo(s),
 — y necesidades, 39.
 — de muerte, 424.
 — de muerte de los padres, 424.
 Desequilibrio,
 — entre las líneas del desarrollo, 151.
 — psíquico, 881.
 — véase también Psicópata.
 Deshidratación, 505, 545.
 Desinvertimiento, 826.
 Desmielinizantes (afecciones), 531.
 Desrealización, 427, 689.
 Desorganización(es),
 — (aspectos y formas de la), 142.
 — (el porvenir de las), 151.
 — llamadas funcionales, 148.
 — llamadas lesionales, 144.
 — llamadas orgánicas, 143.
 — praxica, 246.
 — psicobiológica, 135.
 — psicogenética, 144.
 — en sector, 145.
 Despersonalización, 195, 427, 689.
 Destete, 180.
 Desviación de la orientación sexual, 366, 387.
 Desviación (noción de), 875.
 Diabético (niño), 854.
 Diabetes, 203, 509.
 Diada, 67, 286.
 Diálogo, 304, 331.
 — tónico, 213, 214, 344.
 Dibujo, 213, 301, 349, 350, 845.
 — y esquema corporal, 352.
 Dificultades,
 — alimentarias, 140, 744.
 — de aprendizaje de la escritura, 315.
 Dificultades de aprendizaje de la lectura, 315, 318.
 — en cálculo, 353.
 — escolares, 821.
 Disarmonía,
 — evolutiva, 151.
 — precoz, 685.
 — tonicomotriz, 165.
 Discalculia, 353.
 Discordante (niño), 827.
 Disfunción cerebral mínima, 242.

Disfuncionamiento, 135.
 Disgenesia
 — de las comisuras interhemisféricas, 482.
 — encefálicas, 481.
 — gonadal, 380.
 — mayores, véase Anencefalia.
 Disgrafía, 238, 253.
 Dislexia(s), 315.
 Dismetabolismo, 237.
 — y retraso mental, 493.
 Dismorfestesia, 355, 858.
 Dismorfofobia, véase Dismorfestesia.
 Disocial,
 — conductiva, 876.
 — niño y adolescente, 891.
 Disortografía, 322, 325.
 Disostosis,
 — craneofacial de Crouzon, 484.
 — mandibulofacial de Franceschetti, 484.
 Displacer, 38, 164.
 Displasia(s),
 — neuroectodérmica congénita, 485.
 — olfatogénica, 379.
 Dispraxia(s), 353, 685.
 — de evolución, 238.
 — ocular, 316.
 — (psicopatología de las), 250.
 Distimia, 230.
 Divorcio, 797.
 Doble vínculo, 11, 702, 778, 883.
 Dollinger-Bielschowsky (enfermedad de), 534.
 Dolor,
 — agnosia al, 220.
 — relación, 430.
 Dominancia hemisférica, 317.
 Dotación de base, 10, 118, 308, 321, 699.
 — y metapsicología psicoanalítica, 120.
 "Double-bind", véase Doble vínculo.
 Down (síndrome de), véase Trisomía 21.
 Drogas, véase Toxicomanías.
 Dualidad pulsional, 46, 48.
 Duelo en el niño, 794.

E

"Ecoísmo" 297.
 Ecofonía, 304.
 Ecolalia, 232, 297, 304, 329.
 Ecología, 63, 80, 101, 107, 124, 148, 181, 265, 368, 400, 414, 455, 461, 593, 643.
 — Véase también ambiente.
 Ecopraxia, 304.
 Ecuación simbólica, 701.
 Eccema, 751.
 Edipo,
 — (complejo de), 64, 366, 368, 373, 427, 808.
 — (contra—), 194.
 — y Superyo, 46.

EEG, 146 157, 159, 161, 163, 169, 173, 220, 232, 237, 285, 320.
 Eferenciales (sistemas), 146.
 Eferencias, 704, 707.
 Eficiencia motora, (trastornos de la), 246.
 Egocentrismo, 66, 773.
 — intelectual (Piaget), 26, 66, 68, 77.
 Eidetismo, 164.
 Elaboración de imágenes, 163, 343.
 Electrogenéticos (estudios) y desarrollo, 92.
 Ello (sistema del), 35, 77.
 Emaciación diencefálica, 186.
 Embriopatía,
 — actínica, 517.
 — rubeólica, 513.
 Emergencia evolutiva, 101.
 Emisor, 304.
 Emoción(es), 24, 29, 30, 309, 324.
 — y autoagresividad, 432.
 — (control de las), 581.
 — según Wallon, 214.
 Emplazamiento,
 — en la colectividad, 803.
 — familiar, 469, 803.
 — (problema del), 803.
 Enanismo,
 — con cabeza de pájaro de Virchow-Seckel, 484.
 — hipofisiario, 379.
 Encefalitis, 237, 425.
 — corticobasal, 526.
 — difusas, 525.
 — de Economo, 525.
 — epidémica, 229.
 — herpética, 526.
 — necrosante, 526.
 — periaxil de Schilder, 532.
 — postinfectiosa, 527.
 — de la rubéola, 529.
 — sarampionosa, 528.
 — de la tosferina, 529.
 — vacunal, 528.
 — varicelosa, 528.
 — víricas, 525.
 — de la viruela, 529.
 Encefalopatía, 234.
 — arsenical, 539.
 — saturnina, 538.
 — por Talio, 539.
 Encopresis, 228, 280, 821.
 — (estudio clínico de la), 280.
 — (etiopatología de la), 285.
 — (evolución de la), 284.
 — (formas clínicas de la), 282.
 — (rol del aprendizaje y del medio en la), 283.
 — (tratamiento de la), 286.
 Encopretico (personalidad del), 283.
 Endocrinos (trastornos), 505, 507.

Endocrinos (trastornos psicosomáticos), 750.
 Energía, 120.
 Enfermedad, 143.
 — (conciencia de la), 141, 560.
 Enfermedad de,
 — Cornelia de Lange, 484.
 — Crouzon, 484.
 — Dollinger-Bielschowsky, 534.
 — Foerster, 234, 861.
 — Fölling, 494.
 — Gaucher, 535.
 — Gilles de la Tourette, 225, 232.
 — Hallervorden-Spatz, 536.
 — Hand-Schüller-Christian, 203.
 — Hartnup, 496.
 — Hurler, 503.
 — del jarabe de arce, 496.
 — Krabbe, 533.
 — Landing, 500.
 — Leigh-Feigin-Wolf, 537.
 — Niemann-Pick, 501, 534.
 — Pelizaeus-Merzbacher, 533.
 — Schilder, 532.
 — Spielmeier-Vogt, 534.
 — Steinert, 861.
 — Verdnig-Hoffmann, 861.
 — Wilson, 536.
 Enfermedad grave del niño,
 — y el equipo médico, 851.
 — y los padres, 851.
 — y el secreto, 852.
 Enfermo físico, 845.
 — y su entorno, 848.
 Entonación, 298.
 Enunciados, 297.
 — situación, 307.
 — evocación, 307.
 Enuresis, 169, 269, 400, 821.
 — en el cuadro de la evolución del sistema miccional y de su realización funcional, 277.
 — (etiopatología de la), 272.
 — y los padres, 276.
 — y personalidad, 276.
 — (tratamiento de la), 277.
 — (valor del síntoma), 277.
 Epilepsia, 233, 425, 482, 518, 541, 704, 745.
 — brava-jacksoniana, 228.
 — (cuadro psicopatológico de la), 552.
 — generalizada primaria, 546.
 — nocturna, 172.
 — parcial o focal, 549.
 — temporal, 646.
 Epiléptica,
 — ausencia, 546.
 — fuga, 172.
 — mentalidad, 556.
 Epileptoide, 216.
 Equilibración, 23, 55.
 Equilibrio, 136, 211.

- Equilibrio de funcionamiento, 140.
 Equipo (en paidopsiquiatría), 13.
 Eritrofobia, 229.
 Erotización, 305.
 — cutánea, 267.
 Escalas, 349.
 — noción de las escalas del desarrollo, 21.
 Esclerosis,
 — centrolobar, 532.
 — en placas, 532.
 — tuberosa de Bourneville, 486.
 Escritura, 309, 825.
 — (dificultades del aprendizaje de la), 315.
 — en espejo, 319.
 — y sus trastornos, 252.
 Escuela, 306, 559, 817, 828, 830.
 Esfínteres, 263.
 — y condicionamiento, 264.
 — (control de los), 269.
 — (trastorno del control de los), 269.
 Espacio, 300.
 — (representaciones en el espacio), 212, 349.
 — y esquema corporal, 349.
 Espaciotemporal,
 — organización, 317, 319.
 — (trastornos de la organización), 317.
 Espasmo del sollozo, 186, 741.
 Espasmo, 750.
 Especie humana y lenguaje, 302.
 Espejo (estadio del), 344.
 "Espirál de transacción", 104.
 Esquema corporal, 212, 341.
 — y automutilación, 432.
 — en los ciegos, 352.
 — y concepto corporal en el anoréxico, 191.
 — y dibujo, 352.
 — y espacio, 349.
 — en las P. C. I., 352.
 — (trastornos del), 689.
 Esquemas (según texto: patrones, modelos, *patterns*),
 — de acción, 25, 707.
 — innatos, 98.
 — sensoriomotores (según texto: sensoriomotores), 123, 297.
 Esquizofrenia, 231, 329, 357, 435, 882.
 — véase también psicosis.
 Esquizoidia, 195, 216.
 Esquizoparanoide (posición), 48, 139.
 Estadio(s), 21.
 — véase también Período.
 — anal, 40, 267.
 — edípico, 40.
 — del espejo, 344.
 — de la evolución libidinal, 40.
 — formal, 302.
 — fálico, 40.
 — genital, 40.
 — impulsivo puro, 29.
 Estadio(s) del objeto libidinal, 44.
 — del objeto precursor, 44.
 — oral, 39.
 — del personalismo, 30.
 — preobjetal, 30.
 — proyectivo, 30, 215.
 — sádicooral, 40.
 — según los psicoanalistas, 32.
 — según R. Spitz, 42.
 — según H. Wallon, 29.
 Estática, 235.
 — infantilismo, 234.
 Estereotipias, 151, 152.
 — nocturnas, 169.
 Estilística, 307.
 Estimulación, 594.
 — del lactante, 102.
 — y medio socioeconómico y cultural, 106.
 — (sobre—), 103, 705.
 — (sub—), 705.
 Estímulo, 299, 301.
 Estímulos,
 — (deseos de), 472.
 — y maduración, 101.
 — y sensibilidad cutánea, 102.
 — y signos, 121.
 Estrefosimbolia, 317.
 Estriado, 232.
 Estructura(s),
 — de clase y de relación, 301.
 — cognitivas, 56, 57.
 — de la fraternidad, 783.
 — de la lengua, 302.
 — lingüística innata, 302.
 — lógico-matemáticas, 56.
 — temporal, 110.
 Estructuración,
 — del desarrollo, 112.
 — de la frase, 299.
 Estructuración mental,
 — según J. Bowlby, 52.
 — según Anna Freud, 54.
 — según Melanie Klein y su escuela, 45.
 — según J. Piaget, 24.
 — desde el punto de vista psicoanalítico, 32.
 — según R. Spitz, 42.
 — según H. Wallon, 29.
 — según Winnicott, 50.
 Estructuración precoz y evolución, 124.
 Estudios prospectivos, 698.
 Etnología y agresividad, 418.
 Etología, 8, 53, 75, 95, 414.
 — de la agresión, 414.
 — de la agresividad, 410.
 — del apego, 181.
 — de la huella, 101.
 — de la sexualidad, 363, 364.
 Evocación, 23, 298.
 Evolucionismo, 97.

- Exaltación, 659, 665.
 Exhibicionismo, 369, 379, 389.
 Experiencia, 86, 100, 115.
 — tónica y cuerpo, 214.
 Experimentado (de lo - al acontecimiento), 124.
 Exploración,
 — autoerótica, 420.
 — corporal, 420.
 Extensibilidad muscular, 235.
- F**
- Facomatosis, 485.
 Fagomanía, 204.
 Fálico (estadio), 40.
 Familia (s), 14, 194, 284, 305, 599, 769.
 Familia (s) africana, 781.
 — del anorético, 193.
 — y comunicación, 778.
 — desunida, 7.
 — disociada, 794.
 — y etiología de enfermedad mental, 785.
 — y su evolución, 780.
 — y Kiboutz, 781.
 — y *metapelet* (cuidadora-madre sustitutiva), 781.
 — del niño psicótico, 702.
 — nuclear, 769.
 — occidental, 769.
 — (el rango dentro de la —), 784.
 — y retraso mental, 599.
 — soviética, 781.
 — tipos de, 776.
 Familiar,
 — ambiente, 233, 266, 283, 286, 331, 559, 898.
 — (ausencia o perturbación del grupo), 789.
 — el grupo, 778.
 — la matriz, 778.
 — la novela, 809, 956.
 Fantasmas, 56, 57, 416.
 — agresivos, 416, 419.
 — de devoración, 689.
 — inconscientes, 47.
 — masturbatorios, 373.
 — de muerte, 689.
 — oral, 194, 196.
 Fantasmática (impotencia), 881.
 Farfalleo, 323.
 Fase (s),
 — véase también Estadio.
 — de asimilación generadora, 108.
 — del desarrollo motor, 211.
 — de diferenciación, 109.
 — de impermeabilidad a las experiencias, 109.
 — de socialización, 98.
 Feedback, 76.
 Fenilcetonuria, 494.
 Fetichismo, 389.
 Ficciones regulatorias, 50.
 Figura
 — fondo, 243.
 Figurativos y operativos (aspectos), 213.
 Fijación, 149.
 — y angustia, 150.
 Filicidio, 946.
 Filogénesis, 64, 302.
 Filogenético, a, (s),
 — herencia, 180.
 — variables, 112.
 Fischer-Burt (teoría de), 106.
 Fisiología,
 — de la agresividad, 411.
 — comparativa, 54.
 — del desarrollo y de la conducta, 95.
 Fisiología anatómica,
 — de la agresividad, 411.
 — del desarrollo, 89.
 — de la esfera alimentaria oral, 177.
 — de los esfínteres, 228.
 — del lenguaje, 293.
 — de la motricidad, 211.
 — de la sexualidad, 362.
 — del sueño, 157.
 Flexibilidad cética, 237.
 Fobia (s), 139, 195, 198, 357, 618, 624.
 — (aspectos clínicos de las), 625.
 — escolar, 821, 823.
 — (evolución y tratamiento de las), 631.
 — de función, 357.
 Fóbica (organización), 628, 629.
 Focomelia, 859.
 Föling (enfermedad de), 494.
 Fonación, 296.
 — (bases pulsionales de la), 309.
 Fonatorios, (trastornos), 232.
 Fonemas, 297, 298, 323.
 Formal,
 — estadio, 302.
 — operaciones, 28, 321.
 — pensamiento, 30.
 Foerster (enfermedad de), 234, 861.
 Fracaso escolar, 824.
 Frase (s), 322.
 — (evolución de la estructura de la), 299.
 — (palabras—), 299, 305.
 Fratría, 783, 785.
 Fructosemia, 504.
 Frustración (es),
 — y agresividad, 415, 417, 420, 422, 423.
 — e identificación, 74.
 — precoz, 461.
 Fugas, 646, 914.
 — epilépticas, 172.
 Función (es),
 — anal, 267.

Función y anatomía, 100.
 — anticipadora, 39.
 — cognitiva, 302.
 — (evolución y diferenciación de las), 99.
 — hípica, 159.
 — motora, 213.
 — ordenadora y realizadora del lenguaje, 294, 301.
 — pulsional del lenguaje, 303.
 Función (es) postural, 24.
 — (proceso de paro en el desarrollo de las — motoras), 234.
 — semiótica, 298, 302.
 — simbólica, 25, 301.
 — vitales, 99.
 Funcional (es),
 — actividades, 146.
 — desórdenes, 143.
 — desorganizaciones llamadas —, 148.
 — y lesional, 148.
 — organización, 95, 116, 294.
 — realización —y preformas de funcionamiento, 101.
 — sistemas, 297.
 Funcionamiento, 100.
 — (equilibrio de), 140.
 Fusión-alienación, 214.

G

Gangliosidosis,
 — GM 2, véase enfermedad de Tay-Sachs.
 — GM 1, véase enfermedad de Landau.
 — generalizada, véase enfermedad de Landau.
 — gorgoteo, 296.
 Gargolismo, 503.
 Gaucher (enfermedad de), 535.
 Gemelos, 118, 189, 305, 318, 324, 395, 434, 488, 592, 697, 703, 739, 786.
 — y anorexia mental, 189.
 — y dominancia, 118.
 — y estudios de la psicosis, 697, 704.
 — (investigaciones sobre las características psicológicas de los), 118.
 — y metodología en el estudio de los factores genéticos, 697.
 — y retraso en el lenguaje, 786.
 “Gender rôle”, véase Rol del género.
 Generalización del acto, 110.
 Genética,
 — y determinación, 97.
 — programa, 96.
 — psicología, 21, 55.
 Genital,
 — estadio, 40.
 — juego, 371.
 — placer, 223.
 Genotípico (potencialidad), 98.
 Gerstmann, (síndrome de), 320, 347, 352.

Gestos, 299, 349, 421.
 — actitudes motoras, lenguaje, 237.
 — y comunicación, 74.
 — (imitación de), 213.
 — (representación por el), 213.
 Gestual
 — actividad, 213.
 — comunicación, 309.
 Gilles de la Tourette (enfermedad de), 225, 232.
 Ginecomastia, 379.
 Glischroide (mentalidad), 216.
 Glucogenosis generalizada, 505.
 Gnósticos (factores), 330.
 Gnosopraxia, 212.
 Gorgeo, 73.
 “Gramáticas transformacionales” (Chomsky), 302.
 Gran Mal, 546.
 Gritos —Llantos, 68, 75, 103, 214, 296, 741.
 — y primeras vocalizaciones, 103.
 Grupo familiar, 778.

H

Hábitos,
 — manipulaciones del cuerpo, 228.
 — orales, 183.
 Hábitos motores, 57, 217, 228.
 — (formas particulares de), 219.
 — psicodinámica de los — persistentes, 218.
 Hallervorden-Spatz (enfermedad de), 536.
 Hambre, 217.
 — véase también Anorexia, Obesidad.
 — (mecanismos reguladores del), 197.
 Hampstead (índice de), 122.
 Hand-Schüller-Christian (enfermedad de), 203.
 Hartnup (enfermedad de), 496.
 “Head Banging”, véase *Offensa Capitis*.
 Heboidofrenia, 882.
 Hematoma subdural crónico, 545.
 Hemiasomatognosia, 354.
 Hemiparesia, 234.
 Hemofilia, 856.
 Heutoscopia, 354.
 Herencia, 117, 302.
 — y agresividad, 415.
 — de caracteres adquiridos, 65.
 — y congénito, 117.
 — y dislexia, 318, 320.
 — e histeria, 643.
 — e inteligencia, 834.
 — y obesidad, 200.
 — y retraso mental, 592.
 Hermafroditismo ambiguo, 384.
 — femenino, 381.
 — masculino, 380.
 — pseudo—, 384.
 Hermafroditismo, 381.

Heteroagresividad, 689.
 — (evolución de la), 420.
 Heterocronia, 580.
 Heteronomía, 77.
 Hidrocefalia, 482.
 Hiperamoniemia, 498.
 Hipercalcemia idiopática grave, 508.
 Hiperendofasia, 691.
 Hiperextensibilidad muscular, 233.
 Hiperfagia, 201.
 Hiperlglicinemia, 498.
 Hiperkinesia, 214, 893.
 Hiperkinética (enfermedad), 522.
 — síndrome, 239.
 Hiperparatiroidismo, 507.
 Hiperprolinemia, 498.
 Hipersomnia e hiperfagia, 168.
 Hipertelorismo de Grieg, 484.
 Hipertiroidismo, 750.
 Hipertonía, 98, 217, 237.
 Hiperuricemia familiar, 495.
 Hipnagógicos (fenómenos), 165.
 Hípica (función), 159.
 Hipoacusia, 314, 316.
 Hipocalcemia, 545.
 Hipocondría, 196, 621.
 Hipótesis, (tumor de la), 203.
 Hipoglucemia, 545.
 Hipogonadismo, 189.
 Hipotiroidismo, 510.
 Hipotonía, 99, 235.
 Histeria, 195, 198, 237, 332, 631, 641.
 — (accidentes episódicos de la), 646.
 — y anorexia, 186, 189.
 — de conversión, 231, 642, 735.
 — (estudio clínico de la), 643.
 — (etiopatogenia de la), 647.
 — (evolución y tratamiento de la), 652.
 Histeria (factores desencadenantes de la), 644.
 — (formas clínicas y factores socioculturales en la), 643.
 — (manifestaciones somáticas duraderas de la), 645.
 — (mecanismos de las manifestaciones de la), 649.
 — (nociones de), 642.
 — (simulación e), 649.
 — y somatización, 642.
 — (teorías psicodinámicas de la), 650.
 — (terapéutica de la), 652.
 Histidinemia, 496.
 Histórico, 3.
 Hogares inestables, 802.
 “Holding”, 51.
 — véase también “Mantenimiento”.
 Homeorresis, 97.
 Homeostasia, 120.
 Homeostasis, 97.
 Homicidio, 425, 911.

Homocistinuria, 498.
 Homosexualidad, 379, 394, 396.
 Horda primitiva, 65.
 Hormonales (estudios y desarrollo), 93.
 Hormonas y sexo, 363.
 Hospital de día, 152.
 Hospitalismo, 305, 462, 465.
 Hospitalización (problemas planteados por la), 847.
 Huella, 97.
 Hurler (enfermedad de), véase Gargolismo.

I

Ictericia nuclear, 520.
 Ideas delirantes, 689, 690.
 “Ideas innatas”, 302.
 Identidad,
 — colectiva, 112.
 — del género, 85, 386.
 — personal, 112.
 — sexual, 366, 368, 689.
 — del Yo, 85.
 Identificación, 222, 230, 344, 762.
 — con el agresor, 75.
 — — frustración, 75.
 — por introyección, 47.
 — narcisista primaria, 48.
 — proyectiva, 47, 75.
 Idiocia, 583.
 — amaurótica infantil, 583.
 — amaurótica infantil precoz, véase Enfermedad de Tay-Sachs.
 Idioma, 302.
 Idiota — Sabio, 679.
 Ilusiones de transformación corporal, 353.
 Imagen (es), 299, 343.
 — del cuerpo, 368, 858.
 — del cuerpo y de formación corporal, 258.
 — espacial del cuerpo, 341.
 — especular, 344.
 — heredadas, 50.
 — interiorizadas, 213.
 — internalizadas, 108.
 — mental, 56, 213, 300, 347.
 — (noción de — alucinatoria), 57.
 — del Yo corporal, 341.
 Imbecilidad, 584.
 Imitación, 105.
 — y agresividad, 415.
 — diferida, 213.
 — de gesto, 213.
 — gráfica, 213.
 — de modelos sonoros, 298.
 — (noción de), 146.
 — de otro, 214.
 — (período de), 307.
 Impotencia fantasmática, 882.

Impregnación postural, 214.
 Impulsiones, 636, 689.
 — sádicas y perversas, 172.
 Impulsivo (estadio), 29.
 Inadaptación,
 — del adolescente, 874.
 — medio, 895.
 Inafectividad, 467.
 Inanición, 197.
 Incendarios, 926.
 Incesto, 951.
 Inclusiones citomegálicas (enfermedad de las), 514.
 "Incongruencia", 120.
 Inconsciente, 33, 122.
 — cognitivo, 123.
 — cultural, 875.
 — fantasma, 46.
 — individual y sociología, 65.
 Incontinencia fecal funcional, véase Encopresis.
 Incoordinación motriz, 232.
 Incorporación, 222.
 Indicios lingüísticos, 304.
 Indiferencia congénita al dolor, 430.
 Individuación, 115, 117.
 Individuo,
 — y la enfermedad, 137.
 — y su historia, 137.
 Inercia estuporosa, 214.
 Inestabilidad (es) motora (s), 232.
 — afectivocaracterial, 241.
 — sucoréicas, 241.
 Inestabilidad psicomotora, 221, 222, 237, 238, 239, 244, 245, 580, 827, 893.
 Infanticidio, 945.
 — (ideación de), 948.
 — no filicidio, 947.
 Infantilismo motor, 216, 234, 242.
 Inhibición, 330.
 — y debilidad motora, 237.
 — intelectual, 689, 826.
 — psicomotora, 143, 237.
 Inmaduración, EEG, 146.
 — emocional, 147.
 — psicomotriz, 147.
 Inmadurez,
 — afectiva, 148.
 — del sistema nervioso, 173.
 Innatismo,
 — y agresividad, 419, 420.
 — del lenguaje, 292, 302.
 Innato,
 — y adquirido, 95.
 — y constitucional, 117.
 Insomnio, 166.
 Instintivo (molde), 146.
 Instinto, 54, 120, 190.
 — y conducta de apego, 54.
 — de destrucción y libido, 46, 417.

Instinto innato de agresión, 419.
 — maternal, 472.
 — de muerte, 120.
 — y pulsiones, 29, 122, 417.
 — de vida y de muerte, 416, 417.
 Instituciones, 152.
 Instrumentales,
 — afectaciones, 152.
 Instrumento (noción de), 145.
 Integración y desintegración psicomotora, 216.
 Inteligencia, 56, 106, 302, 305, 591, 833.
 — véase también Retraso, Superdotados.
 — y factores socioculturales, 593.
 — y factores de variación, 591.
 — y herencia, 833.
 — y lenguaje, 301.
 Interacción (es), 104.
 — madre-hijo, 116.
 — madre-lactante, 115.
 — neuronales, 100.
 Intercambios, 305.
 — primigenios (Bowlby), 75.
 — primigenio y socialización, 71.
 Interiorización de las acciones, 110.
 Interrelación, 267.
 Intersexualidad, 384.
 Intoxicación, 514.
 — alcohólica de la madre, 516.
 — alcohólica del niño, 539.
 — de medicamentos y drogas, 516.
 — vitaminas D, 197, 508.
 Introyección, 123, 351, 419.
 — de los cuidados maternos, 51.
 — e identificación, 47.
 — de la madre adoptiva, 46.
 — y proyección, 46.
 — del seno, 46.
 Irradiaciones, 517.

J

Jactatio Capitis, 221.
 Jarabe de arce (enfermedad del), 496.
 Juego (s), 223, 350.
 Juego (s), (clasificación de los), 73.
 — excremental, 267.
 — genital, 371.
 — ritualizados, 678.
 — (rol del), 73.
 — sexuales infantiles, 395, 424.
 — simbólico, 213.
 Kanner (autismo de), 676.
 Kibboutz, 731.
 — y enfermedades mentales, 782.
 Kinesias, 223, 224.
 Kinestésico (a) (s).
 — necesidades, 214.

Kinestésico privación, 214.
 Kleine-Levine (síndrome de), 168.
 Klinefelter (síndrome de), 362, 379, 381, 383, 493, 900.
 Krabbe (enfermedad de), 533.

L

Laleo, 296, 297, 303.
 Landing (enfermedad de), 500.
 Lapsus, 308.
 Latencia (período de), 80, 230, 367, 377, 635.
 Lateralización, 238, 319, 325.
 — (trastornos de la), 317.
 Laurence-Moon-Biedl (síndrome de), 203.
 Lazo fraternal, 783.
 Lectura, 241, 309, 825.
 — (aprendizaje de la), 300, 320.
 — (dificultades de aprendizaje de la), 315.
 — y factores constitucionales, 318.
 — y factores hereditarios, 320.
 — (patogenia de las dificultades de aprendizaje de la), 319.
 — y percepción, 316.
 — y trastornos afectivos, 317, 320.
 — y trastornos del lenguaje, 315.
 — y trastornos de la lateralización, 317, 319.
 — y trastornos espaciotemporales, 317.
 Leigh-Feigen-Wolf (enfermedad de), 537.
 Lengua (estructura de la), 302.
 Lengua escrita (dificultades de aprendizaje de la), véase Lectura, 314.
 Lenguaje, 26, 103, 291.
 — véase también Retrasos y Psicosis.
 — (adquisición del), 296.
 — alteridad y afectividad, 303.
 — aparición de los sonidos, 297.
 — y audición, 310.
 — y autismo, 701.
 — y control de las emociones, 581.
 — escrito y — oral, 300.
 — y especie humana, 302.
 — (forma combinatoria del), 300.
 — (función apetitiva del), 303.
 — (función ordenadora y función realizadora del), 294.
 — (función de regulación y de abstracción del), 301.
 — gesto, actitud motora, 237.
 — e innatismo (Saussure), 292, 294, 302.
 — (principio de la comprensión del), 304.
 — (trastornos del), 310, 679.
 — (trastornos de la integración del), 311.
 — (trastornos perceptivos del), 241.
 — (trastornos del — y psicosis), 692.
 — y retraso, 580.
 Lenguaje e Inteligencia, 301.
 — catexis (o investimento), 303, 308.

Lenguaje y medio socioeconómico, 306.
 — y operaciones formales, 321.
 — (organización del), 294.
 — y relación de objeto, 307.
 — (retraso del), 786.
 — (retraso simple del), 312.
 — (trastornos de — en los niños psicóticos), 328, 701.
 — (trastornos del — por lesiones cerebrales evidentes), 311.
 Lesiones cerebrales,
 — adquiridas en el curso de la primera y segunda infancia, 521.
 — congénitas y postnatales precoces, 481.
 — conocidas, 481.
 — menores o "a mínima". Véase Disfunción cerebral menor.
 Letras (interpretación de las), 309.
 Leucemia, 850.
 Leucodistrofia metacromática, 501.
 Leucoencefalitis de Van Bogaert, 526.
 Lexia y percepción visual, 300.
 Líbido, 37, 44, 159, 180.
 — y agresividad, 416.
 — destrucción, 46.
 — e instinto de destrucción, 417.
 — y objeto, 57.
 Lingüística, 307.
 — estructuralista, 297.
 Lipidosis,
 — cerebrósidas, véase Enfermedad de Gaucher.
 — de esfingomielina, véase Enfermedad de Niemann-Pick.
 — de sulfátidos, véase Leucodistrofia metacromática.
 Listeriosis, 515.
 Localización,
 — de las funciones, 294.
 — de las lesiones, 294.
 Locura ("folie à deux"),
 — de dos, 801.
 — moral, 882.
 (Locuras transmitidas), 800.
 Locutor y auditor, 307.
 Locutorio (período), 298, 304, 307.
 Lógico, a,
 — de acción, 302.
 — formal, 302.
 Lowe (síndrome de), 498.
 Lúdica (actividad), 296.
 Llanto de gato (enfermedad del), 491.
 Llantos, 268.

M

Macrocefalia, 482.
 Madre (s), 115, 221, 283, 285, 286, 296, 306, 307, 331, 769, 797.
 — en el hogar, 469.

- Madre (s) monocéntrica, 469.
 — múltiple, 780.
 — patógena, 772.
 — “preocupación maternal primaria” (Winnicott), 50.
 — soltera, 790.
 — (tipos de), 113.
 Madre-hijo, 183, 185.
 — apego, 780.
 — interacción, 116.
 — relación, 103, 373.
 Maduración, 99, 114, 119, 139, 300, 304, 308.
 — anticipatoria, 100.
 — y aprendizaje, 116.
 — y entorno, 99, 101.
 — y estímulos, 101.
 — y experiencia, 100.
 — y factores psicosociales, 107.
 — (los problemas de la), 99.
 — y medio socioeconómico y cultural, 105.
 — motora, 211.
 — y relación madre-hijo, 103.
 Madurez social, 148.
 Malabsorción de los afectos, 474.
 Malformaciones encefálicas craneanas y craneofaciales, 481.
 Malnutrición, 511.
 Manía, 665.
 Manía *phantástica infantilis*, 666.
 Maníaco depresiva (psicosis), 434, 666.
 Manifestaciones de la angustia, 619.
 Manipulaciones, 267.
 Mantenimiento, 51, 76, 103, 769.
 Marcha, 235, 296, 297.
 Masoquismo, 193, 222, 223, 398, 431.
 Masturbación, 222, 224.
 — en el adolescente, 373.
 — y fantasmas, 373.
 — en el lactante, 371.
 — y neurosis, 371.
 — y relación madre-hijo, 372.
 “Maternage” múltiple, 780.
 — “Kibboutz”, 781.
 Maternalización, 194.
 Matricidio, 425, 426.
 Mecanismos,
 — de defensa, 70, 190, 610.
 — de defensa y obsesiones, 639.
 — fisiológicas, 117.
 — de las manifestaciones de la histeria, 649.
 — reguladoras del hambre, 197.
 Medio,
 — véase también Ambiente (entorno), Ecología.
 — africano, 106.
 — familiar, 232, 266, 283, 286, 330, 559, 998.
 — e inadaptación, 895.
 — sociocultural y aprendizaje, 105.
 — socioeconómico y lenguaje, 306.
 Megalomanía, 192.
 Melodía,
 — kinética, 212.
 — rítmica, 305.
 — verbal, 298.
 Meningitis víricas, 522.
 Meningoencefalitis,
 — agudas, 522, 545.
 — subagudas y crónicas, 523.
 Mentalidad
 — glischroide, 216.
 — epiléptica, 556.
 Mensaje, 304, 306, 346.
 Mericismo, 745, 758.
 Metabolismo (trastornos del)
 — adquirido de los glúcidos, 509.
 — calcio, 507.
 — de los glúcidos, 504.
 — de los hidrosalinos, 505.
 — de las proteínas, 494.
 Metalenguaje, 103.
Metapelet, 781.
 Metapsicología, 48.
 — y equipamiento básico, 120.
 — del innatismo del lenguaje, 293.
 Métodos de estudio del desarrollo, 11.
 Micción, 263.
 Miccional (control), 275.
 Microcefalias, 482.
 Miedo, 229, 419.
 — de la oscuridad, 168.
 Mielínicos (estudios) y desarrollo, 91.
 Miembro fantasma, 352.
 Migraña (s), 745.
 — y cefaleas, 752.
 “Minimal Brain Dysfunction (M.B.D.)”, véase Disfunción Cerebral Menor.
 Minusvalía psicosocial, 558, 874.
 Minusválidos físicos, 854.
 — estando enfermos, 854.
 — e higiene mental, 864.
 — (noción de —), 861.
 — como secuela, 857.
 Mioclonías, 234, 542.
 Miopatía, 860.
 Miopsiquias, 860.
 Mirada, 71, 179, 213.
 Mitomanía, 204, 649.
 Mixedema, 510.
 Modelo (s),
 — de acción, 110.
 — de autoestimulación, 221.
 — colectivos de identificación, 108.
 — de conducta, 111.
 — de conducta de la madre, 232.
 — de conducta y sexo, 115.
 — constitucionales de conducta, 112.
 — construidos en el curso del primer desarrollo, 113.
 — del cuerpo, 341.

- Modelos culturales, 116.
 — de energía física, 120.
 — específicos de la especie, 117.
 — fónico, 297.
 — de interacción madre-hijo, 115.
 — y modelados, 112.
 — sonoros de la lengua materna, 298.
 — de transacción intrafamiliar, 232.
 “Molar”, 99.
 Molde instintual, 146.
 Molecular,
 — biología, 54.
 — proceso, 94.
 Mongolismo, véase Trisomía 21.
 Moralidad, 58.
 Moro (reflejo de), 98, 236.
 Morsier-Kallman (síndrome de), 379.
 Motilidad, 213.
 — voluntaria, 235.
 Motivación,
 — y energía inherente, 121.
 — y pulsión, 121.
 Motor-a
 — debilidad, 233.
 — desarrollo de la acción, 211.
 — hábitos y descargas en el curso de la evolución, 217.
 — infantilismo, 216, 234, 242.
 — maduración, 211.
 — realización, 246.
 — retraso, 216.
 — tipos, 214.
 Motricidad,
 — y agresividad, 417.
 — (evolución de la), 211, 234.
 — de la expresión, 241.
 Movimientos,
 — anormales, 232.
 — involuntarios, 238.
 — primarios, 238.
 Mucopolisacáridos, 503.
 Muerte,
 — (angustia de), 619, 689.
 — (deseo de), 424.
 — deseo de — de los padres, 424.
 — (fantasma de), 689.
 — del niño, 852.
 — (noción de), 425.
 — de un pariente, 232.
 — representación de la — en el niño, 438.
 “Muerte en la cuna”, 849, 946.
 Mundo de los objetos, 307.
 Mutismos, 308, 329, 330.
 Mutualidad, 104.
 Narcisismo, 49, 51, 183, 224, 227.
 Narcisismo fundamental, 230.
 — primario, 357.
 — primario absoluto, 70.
 — secundario, 357.
 Narcolepsia, 167.
 Necesidad (es), 303.
 — cinestésica, 214.
 — y deseo, 38.
 — y pulsiones elementales, 181.
 — y satisfacción, 39, 56.
 “Necesidad motora imperiosa”, 230.
 Nefropatía, 850.
 Neobehaviorismo, 110.
 Neonaticidio, 946.
 Neuro—,
 — angiomas, 486.
 — fibromatosis de Recklinghausen, 485.
 Neurosis, 138, 194, 232, 326, 388, 882.
 — de abandono, 471.
 — (etiopatogenia de la), 610.
 — (evolución de la), 612.
 — y masturbación, 374.
 — y neurosis del adulto, 139.
 — (nociones de), 608.
 — obsesiva, 230, 633.
 — (prevención de las), 615.
 — (problemas generales de la), 607.
 — y psicoanálisis, 608.
 — (tratamiento de las), 614.
 Niemann-Pick (enfermedad de), 501, 534.
 Niño (s),
 — adoptivos, 807.
 — adulterino, 793.
 — africano, 108.
 — y alcoholismo, 539.
 — apaleado, 942.
 — asmático, 738, 739.
 — y depresión, 659, 661.
 — (el desarrollo del — y vida social), 63.
 — diabético, 854.
 — discordante, 827.
 — del divorcio, 797.
 — enfermo físico y su familia, 848.
 — y la enfermedad grave, 850.
 — y su familia, 769.
 — y su historia, 124.
 — de hogares inestables, 802.
 — y el hospital, 847.
 — —lobos, 461, 464.
 — huérfano, 794.
 — maltratado (sexualmente), 941.
 — minusválidos, 807.
 — y el médico, 845.
 — de madre soltera, 789, 791.
 — nacido de una unión incestuosa, 954.
 — de padres enfermos, 800.
 — (perfil psicológico de los niños maltratados), 944.

Niño (s) (perfil psicológico de los padres de los niños maltratados), 943.
 — de prostitutas, 913.
 — psicótico y la familia, 702.
 — "salvaje", 461, 464.
 — tipos de — maltratados, 114, 116.
 — único, 787.
 — (valor del testimonio en el —), 941.
 — víctimas de la agresión, 941.
 Nistagmo, 219, 234.
 Nivel de conciencia (disolución del), 646.
 No y Sí, 73.
 Norma, 136.
 Normal y Patológico, 136.
 — (noción de), 136.
 Normalidad, 135.
 — y adaptación, 136.
 Nostalgia primaria de retorno al útero, 52.
 "Novela familiar", 809, 956.
 "Núcleo fijo innato", 96, 302.

O

Obesidad, 199.
 — y anorexia, 199.
 — (fisiopatología de la), 200.
 — (herencia y —), 200.
 — (incidencia familiar en la), 199.
 — y sobrealimentación, 201.
 — Obeso, (personalidad del), 201, 202.
 Objeto, 212.
 — de apego, 106.
 — (apego al), 300, 581.
 — bueno o malo, 46, 417.
 — exterior, 51.
 — (formación del — libidinal), 43.
 — heterosexual, 331.
 — (introyección del), 46.
 Objeto libidinal, 57.
 — fobógeno, 625.
 — libidinal y objeto permanente, 57.
 — (molde del), 57.
 — (noción de), 56, 58.
 — (Palabra—), 300.
 — parcial, 46, 47, 57.
 — (percepción del objeto), 42, 300.
 — (pérdida del), 398.
 — permanente, 49, 57, 581.
 — permanente y cuerpo propio, 343.
 — (pre—), 45.
 — precursor, 44.
 — real, imaginario, simbólico, 49.
 — (relación de), 49, 178, 307, 581, 859.
 — (succión primaria del), 52.
 — —sujeto, 123.
 — transicional, 74, 168, 222, 225, 390.
 Obnubilación episódica, véase Psicosis cicloide.
 Obsesiones, 195, 229, 633, 688, 826.

Obsesiones (evolución de las), 639.
 — (mecanismos de defensa y), 639.
 — y neurosis, 231, 631.
 — (patogenia de las), 637.
 — (semiología de las), 634.
 — (tratamiento de las), 641.
 — de vergüenza, 357.
 Obsesivo-compulsivo (síndrome), 230.
 Obstétrico (traumatismo), 518.
 Oculomotricidad y dislexia, 316, 319.
 Odio, 332.
 — amor, 46, 107, 437.
 — primitivo, 417.
Offensa Capitis, 220.
 Oligofrenia, 329.
 — véase también Retrasos mentales.
 Omnipotencia, 52, 332.
 Onanismo, 229.
 Ondinismo, 400.
 Onicofagia, 222, 744.
 Ontogénesis, 99, 302.
 — de la angustia, 616.
 — de los estados de vigilancia, 94.
 — de la socialización, 66.
 Ontogénicas (variables), 10, 110-111.
 Operaciones
 — de clasificación, 302.
 — concretas, 26.
 — constitutivas de las clases lógicas, 301.
 — formales, 28.
 — formales y lenguaje, 321.
 — e interiorización de las acciones, 110.
 — de seriación, 302.
 Operatividad, 213, 302, 343.
 — y trastornos del lenguaje, 314.
 Operativos y figurativos (aspectos), 213.
 Oposición, 185, 186, 330.
 Oral, Fantasma, 196.
 — estadio, 39.
 — hábito, 183.
 — placer, 222.
 — satisfacción, 179.
 Oralidad y vida relacional, 182.
 Organización(es),
 — anal, 267.
 — cerebral, 117.
 — espaciotemporal, 317, 319.
 — evolutiva de la orientación sexual, 366.
 — funcional, 95, 117.
 — del lenguaje, 295.
 — (modos conjuntos de), 241.
 — nerviosa de los esfínteres y condicionamiento, 264.
 — de la personalidad y debilidad mental, 588.
 — propioceptiva, 211.
 — sensomotriz, 302.
 — tónica de fondo, 211.
 Organizadores, 43.
 Orientación sexual, 366.

Originalidad juvenil, 82.
 Oroalimentaria (a) (s)
 — bases anatomofisiológicas, 177.
 — organización funcional, 178.
 — organización y trastornos, 177, 185.
 — simbolismo del alimento, 196.
 Oscilante, 235.
 "Ost-House disease", 496.
 Oyentes — mudos, 313.

P

Padre, 221, 286, 770.
 — patógeno, 772.
 — (relación del niño con su), 777.
 — (tipos de), 773.
 Padres, 245, 284, 296, 303, 323, 398, 777.
 — (abuelos), 776.
 — alcohólicos, 516, 943.
 — de anorécticos, 193.
 — (comportamiento agresivo y conducta de los), 418.
 — enfermos, 800.
 — y la enfermedad grave del niño, 851.
 — y la enuresis, 276.
 — — hijos, 305, 306, 320, 772, 777.
 — incestuosos, 952.
 — y el niño asmático, 738.
 — del niño autista, 677.
 — psicóticos, 698.
 Palabra, 296, 298, 306.
 — de fuerza, 309.
 — protectora, 309.
 — (retraso de la), 312.
 Palabras, 297, 298.
 — frases, 299, 305.
 — objetos, 300.
 Parálisis general infantil, 524.
 Paralogía, 646.
 "Parámetros de acción", 110.
 Paraparesia, 234.
 Paratonia, 236, 238.
 — (Dupré).
 Pareja, 775, 778.
 — (tipos de), 776.
 Parental (noción de patogenia), 772.
 Pasividad, 331.
 — y agresividad, 422.
 Paso al acto, 424, 901, 906.
 Patricidio, 425, 426.
 Pattern
 — de experiencia, 119, 124.
 — rímico, 221.
 "Pavlovismo", 108, 109, 112.
 Pavor nocturno, 170.
 Pedagogía, 3, 7, 307.
 Pedofilia, 379, 948.
 Pelizaues-Merzbacher, (enfermedad de), 533.

Pensamiento, 300, 306.
 — (formación del), 301.
 — formal, 30.
 "Pensamiento operatorio de los psicósomáticos", 202, 735.
 Pensamiento representativo, 212.
 Peotilomania, 371.
 Percepción(es),
 — interpretativa, 37.
 — kinestésica, 296.
 — y lenguaje, 315.
 — de objeto, 42, 300.
 — del símbolo gráfico, 300.
 — visual y lexia, 300.
 Perceptivo-motriz (desorganización), 320.
 "Pérdida" ("deprivación"), 461.
 Pérdida del objeto, 398.
 Período(s)
 — críticos, 97.
 — delocutivo, 299, 304, 307.
 — de imitación, 307.
 — de inteligencia sensomotriz, 24.
 — de latencia, 80, 230, 367, 377, 635.
 — locutorio, 298, 304, 307.
 — de las operaciones concretas, 26.
 — de las operaciones formales, 28.
 — preoperatorio, 25.
 — sensibles, 97, 102, 363.
 — sensomotor, 25.
 Permisividad y rigidez, 108.
 Personaje, 79.
 Personalidad, 116, 151, 236, 267.
 — de base, 64, 74.
 — ciclotimia, 878.
 — compulsiva, 878.
 — delincuente, 904.
 — delincuente sexual, 912.
 — y delitos sexuales, 912.
 — (desdoblamiento de la), 646.
 — del enurético, 276.
 — del epiléptico, 557.
 — estatutaria, 64.
 — formación de la — y control esferiano, 267.
 — del fuguista, 915.
 — histérica, 878.
 — e inestabilidad, 240.
 — inhabitual, 877.
 — del inválido, 861.
 — e instituciones, 64.
 — del joven suicida, 439.
 — del obeso, 201, 202.
 — obsesiva, 633.
 — del paciente con tics, 226.
 — de los padres incestuosos, 952.
 — paranoide, 878.
 — psicomotriz, 230.
 — psicopática, 876, 877, 878, 894.
 — psicósomática, 735.

- Personalidad y retraso mental, 579.
 — y socialización, 75, 76.
 — sociopática, 876, 878.
 Personalismo, (estado del), 30.
 Perversiones, 884.
 — sexuales, 387.
 “Perverso”, 884.
 — (noción de niño), 880.
 Pesadillas, 170, 692.
 — y angustia, 170.
 Piaget,
 — y el Behaviorismo, 110.
 — y Pavlov, 109.
 — y el psicoanálisis, 55.
 Pica, 205.
 Pigmalionismo, 776.
 Pitiatismo, 190.
 Placer, 145, 179, 267, 304.
 — desagrado, 49.
 — genital, 222.
 — oral, 222.
 — (principio de), 38.
 Polidactilia, 203.
 Polidipsia, 202.
 Polifagia-obesidad-pasividad, 199.
 Poliomiélitis, 524.
 Poliuro-polidíptico (síndrome), 203.
 Posición, 46.
 — depresiva, 48, 50, 660.
 — esquizoparanoide, 48, 156.
 — maniaca, 665.
 Postmaduros (niños), 457.
 Postural
 — función, 24.
 — y génesis de la representación, 215.
 Potencial,
 — de base, 118.
 — evocado, 93.
 — genotípico, 98.
 Potomanía, 204.
 Praxias, 212.
 Práxicas,
 — actividades, 213.
 — desorganizaciones, 246.
 Preangustia, 41, 617.
 Preformas de funcionamiento, 101.
 Prelingüística,
 — comunicación, 296.
 — período, 296.
 Prematuros, 451, 705.
 Preoperatorio (período), 25.
 Prestancia (reacciones de), 31, 147, 213, 230, 236.
 Primario-a,
 — agresividad, 417.
 — angustia, 617.
 — movimiento, 237.
 — narcisismo, 70, 357.
 — sujeción, 52.
 Primeros contactos, 71, 75.
 Primitivo, a
 — angustia, 139, 618.
 — defensas, 417.
 — objeto, 48.
 — odio, 417.
 Principio,
 — de placer, 38, 51, 70, 86, 120.
 — de realidad, 70, 86.
 Privación, 217, 461.
 Privación, véase también Desafrentación
 — kinestésica, 214.
 — materna, 745.
 Proceso (s),
 — afectivos, según Piaget, 122.
 — de apreciación, 53.
 — bioquímico y desarrollo, 91.
 — molecular, 95.
 Prolinuria, 498.
 Pronombres (empleo de los), 304, 306.
 Prostitución, 912.
 Protopulsiones heteroagresivas, 422.
 Proyección, 46, 351, 419.
 Proyectivo-a,
 — cólera, 421,
 — estadio, 30, 215.
 — identificación, 47, 75.
 Psicoanálisis, 107, 122.
 — y agresividad, 416.
 — y educación, 832.
 — y neurosis, 608.
 — y primer desarrollo del niño, 41.
 — y sexualidad, 366.
 — y sociología, 65.
 Psicobiología, 8.
 Psicodrama, 332.
 Psicogénesis, Organogénesis, 148.
 Psicología
 — del adolescente, 82.
 — diferencial, 151.
 — diferencial de los sexos, 784.
 — genética, 21, 54.
 Psicomotores (tipos), 215.
 Psicomotricidad, 211.
 — e inhibición, 143, 237.
 — (organización de la), 211.
 — (relaciones primitivas del hombre con el mundo y), 237.
 — (terapéutica por la), 239.
 — y retraso, 580.
 — (trastornos de la), 216, 237.
 Psicópata(s), 876.
 — carencial, 887.
 — fruto de la indulgencia, 887.
 — (futuro de los), 895.
 — niño o adolescente, 883.
 Psicopatía, 467, 471, 640, 878.
 — autística, 674.
 — y EEG, 882.

- Psicopatía (etiopatogenia de la), 885.
 — y herencia, 882.
 — (noción de), 880, 889.
 — (terapéutica de la), 988.
 Psicosis, 198, 232, 309, 314, 328, 353, 425, 428, 432, 548, 595, 631, 882.
 — de la edad escolar, 712.
 — y retraso mental, 584, 683, 692, 717.
 Psicosis autística primaria, 674.
 — y alucinaciones, 690.
 — cicloide, 666.
 — (Etiopatogenia de las), 696.
 — (Evolución de las), 716.
 — (Evolución de la noción de), 674.
 — y exámenes psicométricos, 693.
 — y factores hereditarios, 697.
 — y factores orgánicos, 699.
 — (formas regresivas precoces de las), 685.
 — (historia y clasificación de las), 673.
 — maniacodepresiva, 434, 666.
 — y mecanismos de defensa, 701.
 — (pre-), 326, 331, 426, 697.
 — y relación de objeto, 701.
 — simbiótica, 685.
 — y símbolos, 701.
 — y teorías psicogénicas, 699.
 — y trastornos del lenguaje, 692.
 — y trastornos psicóticos precoces, 677.
 — (tratamiento de las), 713.
 — (unidad y pluralidad de las), 720.
 Psicopsicología del niño con minusvalidez física (handicap físico), 847.
 Psicósomático, (a), (s), 215, 285, 733, 821.
 — afecciones dermatológicas, 751.
 — (angustia y), 761.
 — características de la madre, 758.
 — cólico ulceroso, 747.
 — constitución, 759.
 — y desarrollo, 761.
 — disfunción respiratoria (asma), 737.
 — (la elección del órgano en), 760.
 — y estrabismo, 754.
 — (los factores de edad en), 758.
 — y oftalmología, 754.
 — (problemas teóricos planteados por las enfermedades), 755.
 — (del sistema digestivo), 742.
 — trastornos cardiovasculares, 749.
 — trastornos endocrinos, 750.
 — úlcera péptica, 746.
 — vómitos, 744.
 Psicoterapia(s), 152.
 — familiares, 810.
 Psicotización, 152.
 Pubertad, 79, 356.
 — véase también Adolescencia.
 — precoz, 367, 375, 376, 377.
 Pulsión(es), 54, 120, 121, 191, 308.
 — agresivas, 409.

- Pulsión(es) de destrucción, 47, 48.
 — (dualidad de las), 48.
 — elementales y necesidades, 181.
 — de hambre, 191.
 — instintivas, 34.
 — instintivas y fantasmas, 49.
 — o instinto, 417.
 — y motivación, 121.
 — motrices, 218.
 — de muerte, 46, 415, 416.
 — de relación, 308.
 — secundarias, 52.
 — sexuales, 191.
 — de vida, 416.
 — de vida y de muerte, 416.
 — y Yo, 82.

Q

- Quemaduras, 442.

R

- Rango (el) dentro de la familia, 874.
 Raptos, 955.
 Raquitismo, 236.
 Rasgos mnésicos filogenéticos, 123.
 Reacción(es), 301, 304.
 — acusticoreflejas, 236.
 — de agresión, 419.
 — antisociales, 876, 880.
 — circulares, 25.
 — en cortocircuito, 422.
 — explosivas, 422.
 — heteroagresivas, 420.
 — hiperkinéticas (tamb.: hiperki...o hiperqui...), 894.
 — (inhibición de las), 236.
 — de prestancia (véase cómo se ha traducido en el texto), 31, 147, 213, 230, 236.
 — de sobresalto, 236.
 Realidad (principio de), 70, 86.
 Realización,
 — de las funciones, 7, 101, 145.
 — del lenguaje, 303.
 — motriz, 246.
 — (trastornos de la — motriz), 246.
 Receptores, 704, 706.
 Reciprocidad, 104.
 Recodificación (o simplemente Recodaje), 301.
 Recuerdo, 123.
 Rechazamiento del cuerpo, 192.
 Rechazo escolar, 825.
 Reducción del acto, 109.
 Reflejo (s)
 — (acto—), 108.
 — arcaicos, 98, 211, 212.

- Reflejo (s) condicionados, 108, 229.
 — condicionales, 110.
 — cutaneopantalar, 99, 233.
 — de Moro, 98, 236.
 — oral-alimentario, 178.
 — posturales (o de la postura), 237.
 — reacciones (reflejas), 108.
 — respuesta, 108.
 — tendinosos, 233.
 Reflexológica (teoría), 108.
 Refuerzo, 112.
 Regresión(es), 54, 150, 149, 196, 223, 849.
 — según Anna Freud, 149.
 — y angustia, 150.
 — pulsionales, 140.
 — utilitaria o defensiva, 145.
 — (valor de las), 150.
 Relación(es), 304, 305.
 — (ausencia de fraternales), 787.
 — comunicativa, 304.
 — con el dolor, 430.
 — fraternales, 783.
 — gemelar, 786.
 — (mecanismos de la), 112.
 — madre-hijo, 103, 106, 112, 113, 123, 185, 214, 373.
 — de objeto, 49, 178, 581, 701, 859.
 — de objeto y lenguaje, 307.
 — objetal, 49.
 — preobjetal, 49.
 — simbiótica, 305.
 — tonicoemocional, 214.
 Relaciones condicionales (teoría de las), 109.
 "Relaciones Mediatas", 109.
 Reorganización, 145.
 — (dinámica de la), 143.
 Representación, 301.
 — del cuerpo, 238, 351.
 — en el espacio, 212, 349.
 — mediante el gesto, 213.
 — inconsciente, 122.
 — del médico a través del dibujo, 845.
 — mental, 58, 170.
 — de la muerte, por parte del niño, 439.
 — de sí mismo, 304.
 — simbólica, 301.
 Rechazo, 33, 122.
 Retinitis pigmentaria, 203.
 Retirada (merma del bloqueo objetal), 83.
 Retraso,
 — escolar, 240, 828.
 — en el lenguaje, 786.
 — motor, 217.
 — de la palabra, 312.
 — simple del lenguaje, 313.
 Retraso(s) mental(es), 224, 233, 295, 352, 422, 425, 464, 471, 481, 701.
 — afectivo, 227.
 — (aspectos clínicos de los), 579.

- Retraso(s) (asistencia terapéutica del), 600.
 — y autoagresividad, 581.
 — (clasificación de los), 575.
 — y delincuencia, 583.
 — dismetabólicos, 493.
 — y estudios psicoanalíticos, 595.
 — y estudios psicosomáticos, 601.
 — (etiopatogenia del), 590.
 — y familia, 599.
 — y herencia, 592.
 — y lenguaje, 579.
 — ligeros, 586.
 — y modificaciones del humor, 582.
 — (noción de), 573, 597.
 — y personalidad, 579.
 — profundo, 583.
 — y psicomotricidad, 580.
 — y psicosis, 582, 683, 692, 693, 717.
 — y sociedad, 598.
 — (terapéutica de los), 600.
 — y trastornos afectivos, 582.
 — y trastornos del comportamiento, 583.
 — y trastornos sensoriomotores, 580.
 Reumatismo articular agudo y Corea de Sydenham, 530.
 Reuniones de adolescentes, véase "Bandas".
 Reversibilidad, 23.
 Rhesus (incompatibilidad del factor R-H), 520.
 Ritmos
 — melódicos, 303.
 — motores, 217, 219.
 — del sueño, 219.
 Ritmos biológicos, 159.
 Ritos y manías, 140.
 Ritual, 634, 638, 688.
 — de adornamiento, 168.
 Robos, 425, 907, 910.
 Rol (el)
 — de clase (o género, según el texto), 356, 384.
 — de juego, 74 (según el texto: rol lúdico, etc.).
 Rubéola, 704.
 Russell (síndrome de), 186.

S

- Sadismo, 222, 227, 268, 398.
 — anal, 268, 639.
 — oral, 180.
 Satisfacción,
 — insatisfacción, 39, 146.
 — y necesidades, 39, 56.
 — oral, 201.
 Schilder (enfermedad de), 532.
 Sed. véase Polidipsia y Potomanía.
 "Self" (Id. Sí mismo), 51, 76, 859.
 Self-objet, 678.
 Semántica, 307.

- Semántica restricción, 299.
 Semiótica (función), 299, 301.
 Sensaciones auditivas, 304.
 Sensibilidad (es),
 — cutánea y estímulos, 102.
 — inhabituales, 706.
 — propioceptiva, 217.
 Sensoriomotor (motriz),
 — organización, 302.
 — período, 123.
 — esquema, 122, 296.
 Sensoriomotor, 146.
 Sentimientos delirantes (*Wahnstimmung*), 689.
 Señal excitante, 108.
 Señales, 304.
 Separación, 139, 221, 461, 794, 847.
 — (angustia de), 470, 618, 619, 821, 823.
 — individuación, 70, 115, 331.
 Seriación, 302 (según texto: Concatenación, a menos que se refiera a la seriación propiamente dicha).
 — en la frase (o de las frases, según texto), 300.
 Series complementarias, 142.
 Seudo—,
 — hermafroditismo, 384.
 — rabia, 411.
 Sexual(es),
 — anomalías congénitas del desarrollo, 379.
 — atentados, 948.
 — cromosomas, 493.
 — delitos, 911.
 — desviación, 387.
 — desviaciones de la orientación, 387.
 — evolución de las manipulaciones, 371.
 — identidad, 689.
 — identificación, 196.
 — infantilismo, 378.
 — instinto, 387.
 — interés(es), 369.
 — juegos infantiles, 395, 424.
 — organización evolutiva de la orientación, 366.
 — perversiones, 387.
 — pulsiones, 192.
 — (trastornos psico—), 375.
 — las víctimas de los atentados, 950.
 Sexualidad, 361.
 — y adolescencia, 374.
 — y aislamiento, 463.
 — (etología de la), 363, 364.
 — y experimentación, 364.
 — e instinto de vida y de muerte, 416.
 — y organización morfofuncional, 361.
 — y problemas psicosociales, 364.
 — y psicoanálisis, 366.
 Sí mismo, 78, 85, 425.
 — (consciencia de), 341.
 Sí y No, 73.
 Sífilis congénita, 515, 524.
 Significados, 301, 399.
 Significantes, 300, 399.
 Signos, 301, 304.
 Silabas, 298.
 Simbiosis,
 — afectiva (Wallon), 29, 214.
 — fisiológica, 214.
 — normal, 70.
 Simbiótico, 761.
 — monólogo, 761.
 — psicosis, 684, 685.
 — relación, 306.
 Simbolismo (ico, a), 27, 213, 801.
 — actividad, 212.
 — de los alimentos, 196.
 — ecuación, 701.
 — función, 25, 301.
 — gesto, 349.
 — juego, 213.
 — (representación), 301.
 Símbolo(s), 52, 146, 238, 399, 300, 301, 305, 701.
 — percepción de — gráficos, 300.
 — y psicosis, 701.
 Simulación, 649, 650.
 Síncinesias, 233, 235, 236, 238, 323.
 Síncopes, 552.
 Síndrome, 488.
 — alucinatorio, 690.
 — de Altröm-Hallgren, 485.
 — de Bardet-Biedl, 485.
 — de Biernard, 485.
 — "border-line", 695, 882.
 — 18 p—, 492.
 — 18 q—, 492.
 — 18 r—, 492.
 — de Down, véase Trisomía 21.
 — de Gerstmann, 320, 347, 352.
 — del grito de gato, (5p—), 491.
 — de Hallermann-Streiff-François, 484.
 — hipercinético, 239.
 — hipnagógico, 691.
 — de Kleine-Levin, 168.
 — de Klinefelter (47. XXY), 362, 379, 381, 383, 493, 900.
 — de Laurence-Moon-Biedl, 203.
 — de Lennox, 549.
 — de Lowe, 498.
 — de Marinesco-Sjögren, 517.
 — de Menkes, 517.
 — de Mieten, 517.
 — de Morsier-Kallmann, 379.
 — névico de las células basales, 517.
 — de los niños apaleados, 942.
 — obsesivo-compulsivo, 230.
 — oculocerebroespinal, de Lowe, 498.
 — de Pompe, véase Glicogenosis generalizada.
 — de Prader-Willi, 517.
 — psicoorgánico, 521.
 — (47, XXX), 493.

Síndrome (47, XYY), 493, 900.
 — de Rubinstein-Taybi, 484.
 — de Russel, 186.
 — de Seckel, 517.
 — simbiótico, 685.
 — de Sjögren-Larsson, 517.
 — de Smith-Lemli-Opitz, 517.
 — subjetivo, 540.
 — de Turner (45, X-), 493.
 — de West, 547.
 Sintaxis, 305.
 Síntoma (s), 139.
 — y diagnóstico, 140, 142.
 Síntoma (s) (reacción de los padres a los), 141.
 Sistema (s),
 — aferoeferentes, 146.
 — de comunicación, 301.
 — conceptuales, 301.
 — del Ego, 35.
 — del Ello, 35, 77.
 — funcionales, 297.
 — (inmadurez del —nervioso), 173.
 — de relación y cuerpo, 239.
 — del Superyo, 40.
 Skinner y Piaget, 110.
 Sobrealimentación, 200.
 Sobreestimulación, 103, 705.
 Socialización, 330, 301, 898.
 — según Ch. Bühler, 67.
 — según E. Erikson, 69.
 — según Anna Freud, 70.
 — según S. Isaacs, 69.
 — según J. Piaget, 68.
 — y adaptación, 70.
 — y aislamiento, 463.
 — e imperativos instintivos, 71.
 — y maduración, 148.
 — y mecanismos de defensa, 71.
 — (ontogénesis de la), 66.
 — y personalidad, 75.
 — y primeros intercambios, 71.
 Sociedad, 300.
 — y el adolescente, 63, 873.
 — y retraso mental, 598.
 Socioculturales (influencias), 63.
 — véase también Entorno (o Ambiente, según texto).
 Sociología, 64, 137.
 Somatognosia, 212, 341.
 Somatopsíquico, 341.
 Somniliquo, 169.
 Somnolencia y narcolepsia, 167.
 Sonambulismo, 171, 172, 647.
 Sonrisa, 66, 67, 72, 76, 103, 163, 214, 296.
 Sordera, 476, 523.
 — verbal congénita, 313.
 Sordo, 295, 476.
 Sordomudo, 296, 301, 513.
 Sordomutismo, 513.

"*Spasmus nutans*", 217, 219.
 Spielmeier-Vogt (enfermedad de), 534.
 Steinert (enfermedad de), 861.
 Subconjuntos, 301.
 Subfrases, 304.
 Subjetivismo, 57.
 Sublimación de la agresividad, 417.
 Succión, 223.
 — del pulgar, 168.
 — primaria del objeto, 52.
 Sueño, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 168, 169, 170, 186, 452.
 Sueños, 160, 161, 162, 163, 170.
 Suicidio, 433, 823.
 — (etiología del), 434.
 — (patogenia del), 437.
 — y personalidad, 439.
 — y sociedad, 434.
 — transicional, 440.
 Superdotados, 833, 836, 838.
 Superego, 36, 42, 46, 80, 86, 771.

T

Tabú, 64.
 Tartamudez, 143, 238, 323.
 — clónica, 323.
 — (etiología de la), 324.
 — (evolución y tratamiento de la), 328.
 — (patogenia de la), 327.
 — tónica, 323.
 Tartamudos, 319.
 Tay-Sachs (enfermedad de), 500.
 Temblores esenciales, 234.
 Temporoespacial, 325, 319.
 Tensión (reducción de), 232.
 Teoría,
 — de aprendizaje, 112, 292, 294, 632, 710, 715.
 — de Fischer-Burt, 106.
 — psicodinámica de la histeria, 650.
 — de las relaciones condicionales, 109.
 Terrores, 140, 141, 169.
 — diurnos, 170.
 — nocturnos, 169, 620, 848.
 Testículos feminizantes (síndrome de los), 382, 384.
 Testimonio (valor del —en el niño), 941.
 Tests, 242, 243, 315, 350, 495, 552, 573.
 Thomsen (enfermedad de), 861.
 Ticópata (personalidad del), 226.
 Tics, 223, 225, 238, 637.
 — (diagnóstico de los), 227.
 — enfermedad de los —convulsivos, 232.
 — (etiología de los), 228.
 — "de hábito" (habituales), 169.
 — (herencia de los), 228.
 — (localización y forma de los), 226.

Tics, patogenia de los, 228.
 — (tratamiento y evolución de los), 231.
 Tiempo y espacio representado, 238.
 Timidez, 140.
 Tipología,
 — y condicionamiento, 112.
 — y psicomotricidad, 215.
 Tipos,
 — de actividades delictivas, 907.
 — de delincuentes, 904.
 — de familias, 779.
 — de madres, 113.
 — de padres, 773.
 — de parejas, 776.
 Tocamientos exploratorios, 224.
 Tónico (s),
 — cambios, 213.
 — fondo, 239.
 — (relajación del fondo), 238.
 — tartamudez, 323.
 Tonicomotriz (disarmonía), 165.
 Tono, 213.
 — y emoción, 214.
 — (—Gestalt), 213.
 — muscular, 165.
 — permanente, 235, 236.
 Torticolis mental, 229.
 Toxemia gravídica, 519.
 Toxicomanías, 917.
 — asistencia, 925.
 — dependencia, 917.
 — (epidemiología de las), 922.
 — (implicaciones psicológicas y sociales de las), 923.
 — maternas, 516.
 — (tipos de), 919.
 Toxicosis, 505.
 Toxoplasmosis, 515.
 Transexualismo, 379, 392, 393, 394, 690.
 Transferencia, 120.
 Transicional (objeto), 75, 168, 222, 225, 390.
 Transvestimiento, 379, 391, 689.
 Tratamiento,
 — de anorexia, 196.
 — de los delincuentes, 932.
 — de la encopresis, 286.
 — de la enuresis, 279.
 — de las neurosis, 614.
 — de las obsesiones, 641.
 — de la tartamudez, 327.
 — de los tics, 231.
 Traumatismo,
 — (noción de), 143.
 — obstétrico, 518.
 Trayectoria, 97, 100.
 Tricofagia, 221.
 Tricotilomanía, 221.
 Triple X (síndrome), 383.
 Trisomía.

Trisomía, 13, 491.
 — 18, 491.
 — 21, 490, 491.
 Tumor (es),
 — cerebrales, 537.
 — de la hipófisis, 203.
 Turner (síndrome de), 362, 363, 379, 383.

U

Úlcera péptica, 746.
 Unidades funcionales, 307.
 "Unidades-Sistemas", 124.
 Universales lingüísticos, cognitivos e innatismo, 302.
 "Urdimbre", 420.

V

Vagabundeo, 914.
 Vagido, 296.
 Variables,
 — ontogénicas, 10, 111.
 — filogenéticas, 111.
 Verbales,
 — conductas — y estadios de desarrollo cognitivo, 299.
 — melodía, 298.
 Verdugo familiar, 427, 943.
 Vesania de sed, 203.
 Violaciones, 948.
 Violencia, 911.
 Visiones del entresueño, 164.
 Vocabulario, 299.
 Vocales, 296, 297.
 Vocalizaciones, 103, 296, 298, 304.
 Vómitos, 185, 744, 745, 821.
 Voyeurismo, 370, 389.

W

Wallon, 29.
 — y el psicoanálisis, 55.
 Weil (signo de), 236.
 Werdnig-Hoffmann, (enfermedad de), 861.
 Wilson, (enfermedad de), 536.

Y

Yo, 37, 42, 45, 46, 58, 74, 77, 78, 80, 82, 83, 85, 139, 159, 191, 351, 397, 425, 771, 859.
 — (angustia primitiva del), 168.
 — atípico, 169.
 — autónomo, 473.
 — (conciencia del), 214.

ÍNDICE ALFABÉTICO

Yo, corporal, 45, 191...
 — cuerpo, 343.
 — (elaboración defensiva del), 419.
 — externo, 45.
 — ideal, 191, 192.
 — (ideal del), 357, 368.
 — imagen del — corporal, 341.
 — individual, 63, 114.
 — (no—), 51.
 — y las pulsiones, 82.

— rudimentario, 45.
 — social, 63.
 — trastornos, 432.
 — variación del — primario congénito, 117.
 Yo y no Yo, 73.

Z

Zurdería, 325.
 — y tartamudez, 325.

FAHCE Biblioteca Central

Nro. Inv. 36283

Sig. Top. 616.25.053.21EA g.v

Fecha de Alta 11-7-55

FAHCE Biblioteca Central

Forma adq. Compra

Proveedor Prometeo

Fecha 8-6-99